ペット医療費用保険 保険金請求書兼同意書

ひし 損害保険株式会社 行

下記記載内容が事実と相違しないことを確認の上、【個人情報利用目的】および【医療照会】に同意し、保険契約にもとづき保険金を請求します。 また、保険金は下記の口座に振込みください。指定口座への振込みをもって保険金を受領したものとします。

【個人情報利用目的】au 損害保険株式会社は、保険契約の履行(損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等)・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者(動物病院、保険会社、保険事故の当事者等)、業務委託先(保険代理店を含む)、その他必要な関係先に対して個人情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。 【医療照会】au 損害保険株式会社は、事実確認を行うために関係者(医療機関関係者を含む)等に対し、保険金請求のあった診療に関する情報の提供(治療、検査、関連する他の診療等に関する説明を含む)を求めることがあります。

1																			
1.	ご契約内	容	補償プ [.]	ラン															
証券額	番号								対	ペット名							5	うゃん	
保険期	期間	年	月	日から		年	月	日まで	対象ペッ	生年月日	年	月	В	(支) (猫)	性別	(男の子)((女の子)	
(被 ご保	ご住所								۲	品種									
(被保険者ご本人)									疾病待機期間										
者本	お名前様									この期間に被った疾病については、保険金は 支払われませんのでご注意ください。						罗吉叶什烟			
補	対象外:	疾病・身(本部位(特定疾病・	・特定部の	位補償	対象外物	持約)	年 月 日まで						写真貼付欄				
補償され									2. ご申告欄 対象ペットについてご申告ください。						受傷日または病気の初診 日から3ヶ月以内に撮影				
な										こ いずれかに		クしてくださ	い。				ありまし	た	
い身体障害				その他	<u> </u>]愛がん用]闘犬・賭犬					ら貼付	UCP	<u> </u>		
障害	保険期間				していた	身体障	掌害		□ 繁殖用・興行用等の商業目的□ その他										
	・その他約	款に定	める傷物	丙										_					
3.	請求日	請求書作成 ご記入くだ	日を必ずさい。	,		保険:	金請求	褚	署名、	ご捺印がない場合	合は、お支払い	手続きができ	ませんので	でご注意く	ください。				
20	年	月			ご 住	フリガナ _ ! 契	2約内容と	∴ 同じ											
4.	他の保険	契約領	今回の野対象とな	事故でお支払いの なる他のご契約に ご記入ください。		f (_	-	-	携帯TEL	_		-			保険金請	求者印	
	会社名		٦١٦١٦	上記人くたさい。	お名前	フリガナ						… 被保険る ご本人	VII.		同居の親加		E)	
商	品名				前							との関係	系	偶者) (別居の未婚	の子 ;			
						A -+ 13					<								
証券	学番号				私は、	、保険金	請求者の	法定代理人	として、)同意(署名・捺 貴社との保険契約)同意します。	印)が必要と な かにもとづき	まります。 親権者署名	捺印					(
		ען	下にご記	入が無い場合	私は、 保険:	、保険金 金を請求	請求者の すること!	法定代理人のことである。	として、 5らかじ	貴社との保険契約 的同意します。	りにもとづき	親権者署名			A 10-		王術を受けれ		
	傷病の内	合 い	できない		私は、保険部	、保険金 金を請求 名・症り	請求者のすることに	法定代理人はこついて、あ	として、 5らかじる Pに関連	貴社との保険契約	かにもとづき	親権者署名 検金をお支払		手術E	日・手術	内容	手術を受けれ ご記入くだる	こ場合は	
	傷病の内	合 い ろまたは	できない 症状	場合がありま	私は、 保険:	、保険金 金を請求 名・症状 病気の初	請求者のすることに	法定代理人はこついて、あ	として、 5らかじる Pに関連	貴社との保険契約 か同意します。 性が認められな	かにもとづき い場合は、保I <mark>て受けた日を</mark>	親権者署名			ヨ・手術 20	内容	手術を受け <i>が</i> ご記入くださ	こ場合は	
6.	傷病の内	合 い ろまたは	できない 症状	場合がありま	私は、 保険:	、保険金 金を請求 名・症状 病気の初	請求者のすることに 大と診療明 からし と こうかん できます こうかん できます かいまま かいまま かいまま かいまま かいまま かいまま かいまま かい	法定代理人について、あり知書の内容は、その病の日(※)	として、 5らかじる Pに関連	貴社との保険契約 かけい できない できない できない できない はいます。 性が認められな 医師の診察を初め	かにもとづき い場合は、保I <mark>て受けた日を</mark>	親権者署名	7.			M e	ご記入くだる	こ場合は	
	傷病の内	合 い ろまたは	できない 症状	場合がありま	私は、保険会会のでは、 一般の できます。 ※ 「	、保険金i 金を請求 「名・症状 病気の初 ヨ / 病気	請求者のすることに	法定代理人について、あります。日細書の内容は、その病	として、 5らかじる Pに関連	貴社との保険契約 かけい できない できない できない できない はいます。 性が認められな 医師の診察を初め	かにもとづき い場合は、保I <mark>て受けた日を</mark>	親権者署名	7.			M e	ご記入くだる	こ場合は	
6.	傷病の内	合 い ろまたは	できない 症状	場合がありま	私は 保険 会か、 ※ 写 受傷 20	保険金を (イン・ (イン) (イン	請求者のとは 大と診療 で 大と診療 で の 初 「	法定代理人。	として、 5らかじる Pに関連	貴社との保険契約 かけい できない できない できない できない はいます。 性が認められな 医師の診察を初め	かにもとづき い場合は、保I <mark>て受けた日を</mark>	親権者署名	7. 手術	5日	20	年	ご記入くだる	で場合は さい。 日	
6.	傷病の内	合 い ろまたは	できない 症状	場合がありま	私は、保険的 かい	、保険金i 金を請求 「名・症状 病気の初 ヨ / 病気	請求者のすることに 大と診療明 からし と こうかん できます こうかん できます かいまま かいまま かいまま かいまま かいまま かいまま かいまま かい	法定代理人について、あり知書の内容は、その病の日(※)	として、 5らかじる Pに関連	貴社との保険契約 かけい できない できない できない できない はいます。 性が認められな 医師の診察を初め	かにもとづき い場合は、保I <mark>て受けた日を</mark>	親権者署名	7. 手術	而	20	年でで記入院で記入	ご記入くださ 月 された場合に ください。	で場合は さい。 日	
6.	傷病の内	合 い ろまたは	できない 症状	場合がありま	私は保険: 合や、診断 受傷 E 20	(保険金水 (金を請求) (名病気の初 (名病気の初 (名) (名) (名) (名) (名) (名) (名) (名) (名) (名)	請するというでは、大学のでは、それらいは、大学のでは、それらいは、大学のでは、まりは、大学のでは、大学のいいは、大学のは、大学のでは、大学のでは、大学のでは、大学のでは、大学のでは、大学のいいは、大学のでは、大学のでは、大学のでは、いいいは、大学のいいは、いいいは、いいいいは、いいいいは、いいいいいいいいいいいいいいいいい	法定代理人。 おおおい おおい おおい おいかい おいかい かいかい かいかい かいかい	として、 5らかじる Pに関連	貴社との保険契約 かけい できない できない できない できない はいます。 性が認められな 医師の診察を初め	かにもとづき い場合は、保I <mark>て受けた日を</mark>	親権者署名	7. 手術	而	20 期間 年	年	ご記入くださ 月 された場合に ください。	で場合は さい。 日	
6.	傷病の内	合 い ろまたは	できない 症状	場合がありま	私は 保険 会か、 ※ 写 受傷 20	保険金を ・症状 病気の初 ・症状 ・症状 ・症状 ・症状 ・症状 ・症状 ・症状 ・症状	請求者のとは 大と診療 で 大と診療 で の 初 「	法定代理人。	として、 5らかじる Pに関連	貴社との保険契約 かけい できない できない できない できない はいます。 性が認められな 医師の診察を初め	かにもとづき い場合は、保I <mark>て受けた日を</mark>	親権者署名	7. 手術	而	20	年でで記入院で記入	ご記入くださ 月 された場合に ください。	で場合は さい。 日	
6.	傷病の内	合 Sまたは S場合は	できない	場合がありま	私は保険: 合や、診断 受傷E 20 20	、金を請いた。 (名病気のが) 年 年 年	請すると診り、気の初月月月月月月月日日日の日本のとのでは、おおります。	法定代理人を制制を対している。 用細書の内容がある。 の内容がある。 の内容	として、 5らかじる Pに関連	貴社との保険契約 かけい できない できない できない できない はいます。 性が認められな 医師の診察を初め	かにもとづき い場合は、保I <mark>て受けた日を</mark>	親権者署名	7. 手術	而	20 期間 年	年ご入院で記入	ご記入くださ 月 された場合に ください。	こ場合はさい。	
6. ① ② ③	傷病の内 診断(復数ある	会 Saまたは S場合は	できない 症状 ・すべて 通帳等	場合がありま ・)	私は保険: 会や、診断 受傷E 20 20 20	、金を請求 「名 病気の初 「名 病気の初 「年 年 年 にご記入	請する 表 ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま	法定代理人を制制を制造している。	として、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは	責社との保険契約 からでは できます できます できます できます できます できます できます できます	かにもとづき い場合は、保 て受けた日を さ・獣医師	親権者署名	7. 手術 8.	而	期間 年 ~ 20	年ご入院で記入	ご記入くださ 月 された場合にください。 日 月	こ場合はさい。	
6. ① ② ③ ② 日産の定	傷病の内 診断(復数ある	会 Saまたは S場合は	できない 症状 ・すべて 通帳等	場合がありま *) * をご確認のう * をお選びく * (領 一行) (私は保険: 会や、診断 受傷 E 20 20 20 20	、金を請求 「名 病気の初 「名 病気の初 「年 年 年 にご記入	請する 表 ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま	法定代理人を制制を制造している。	として、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは	責社との保険契約 かられな 医師の診察を初め 動物病院名	がいましてき い場合は、保 て受けた日を ・ 獣医師 (下記口座情報	親権者署名食金をお支払 旨します。名はをご記入くだ	7. 手術 8.	而	期間 年 ~ 20	年	ご記入くださ 月 された場合にください。 日 月	こ場合はさい。	
6. ① ② ③	傷病の内 診断(復数ある	会 Saまたは S場合は	できない 症状 ・すべて 通帳等	をご確認のう	私は保険: 本では、	。金 1名 病 1 年 年 年 にご 前 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 1 円 に 1 1 1 円 に 1 1 1 円 に 1 1 1 1	請する 表 ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま ま	法定代理人を制制を制造している。	として、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは	貴社との保険契約に関する。 性が認められなを師の診察を初め 動物病院 で 預金種 に 通過 に 過過 に 通過 に 過 に	かにもとづき い場合は、保 て受けた日を さ・獣医師	親権者署名食金をお支払 もします。名	7. 手術 8.	而	期間 年 ~ 20	年	ご記入くださ 月 された場合にください。 日 月	こ場合はさい。	
6.①②③9.指定金融機関	傷病の内 診断(復数ある	Ast ckt Sis sis sis sis sis sis sis sis sis sis	できない 症状 ・すべて 通帳等	場合がありま と で確認の う を ご確認の う に に に に に に に に に に に に に に に に に に	私は保険: 本では、	。金 1名 病 1 年 年 年 にご 前 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 円 に 1 1 1 円 に 1 1 1 円 に 1 1 1 円 に 1 1 1 1	請す 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 の と の に の に の に の に の に の に の に の の に の に の に の に の に の に の に の に の に の に の の に の の に の に の に の に の に の に の に の に の に の に の の に の の の の の の の の の の の の の	法定代理人を制制を制造している。	として、	貴社との保険契約に関する。 性が認められなを師の診察を初め 動物病院 で 預金種 に 通過 に 過過 に 通過 に 過 に	がある。 小場合は、保 で受けた日を ・獣医師	親権者署名食金をお支払 もします。名	7. 手術 8.	而	期間 年 ~ 20	年	ご記入くださ 月 された場合にください。 日 月	こ場合はさい。	
6. ① ② ③ ② 日産の定	傷病の内 診断な (複数ある	Ast ckt style in the style in	できない 症状 通帳等 指定口座	場合がありま と で確認の う を ご確認の う に に に に に に に に に に に に に に に に に に	私は保険: 本では、	金 (名病) (名病) (名病) (名病) (名病) (名病) (名病) (名病)	請す 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 ショ 大 の と の に の に の に の に の に の に の に の の に の に の に の に の に の に の に の に の に の に の の に の の に の に の に の に の に の に の に の に の に の に の の に の の の の の の の の の の の の の	法定代理人をおれている。	として、	貴社との保険契約に関する。 性が認められなを師の診察を初め 動物病院 で 預金種 に 通過 に 過過 に 通過 に 過 に	がある。 小場合は、保 で受けた日を ・獣医師	親権者署名食金をお支払 もします。名	7. 手術 8.	內容入院20	期間 年 ~ 20	年	ご記入くださ 月 された場合にください。 日 月	こ場合はさい。	

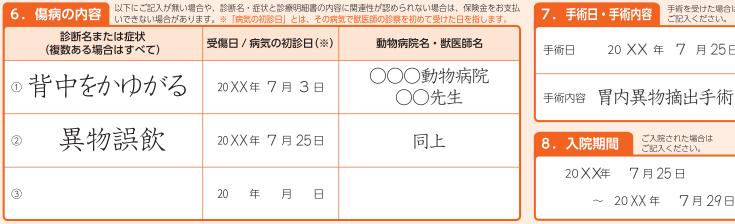
ペット医療費用保険 保険金請求書兼同意書

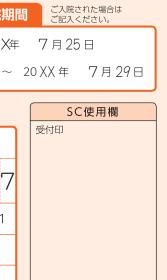
QUU 損害保険株式会社 行

下記記載内容が事実と相違しないことを確認の上、【個人情報利用目的】および【医療照会】に同意し、保険契約にもとづき保険金を請求します。 また、保険金は下記の口座に振込みください。指定口座への振込みをもって保険金を受領したものとします。

【個人情報利用目的】au 損害保険株式会社は、保険契約の履行(損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等)・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者(動物病院、保険会社、保険事故の当事者等)、業務委託先(保険代理店を含む)、その他必要な関係先に対して個人情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。 【医療照会】au 損害保険株式会社は、事実確認を行うために関係者(医療機関関係者を含む)等に対し、保険金請求のあった診療に関する情報の提供(治療、検査、関連する他の診療等に関する説明を含む)を求めることがあります。

	1.	ご契約内容 補償プ	ラン	通防	完ありタイプ	50%	コー	·Z						
	証券番	STATE O2000 XXXXXXX						ペット名	ポ			r F		ちゃん
İ	保険期	期間 20XX 年 5月 日から 20XX年 5月 日まで						生年月日 20	XX 年 10	月 IO	日犬	(猫)	性別(男	の子(女の子)
ı	被保	で住所						・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・						
	(被保険者ご本-	東京都 渋谷	〉区	\bigcirc	$\bigcirc\bigcirc-\times\times\times$		疾病待機期間							
	者本人	^{お名前} 英)	太	太郎様)期間に被った ぬわれませんの		険金は					
	対象外疾病・身体部位(特定疾病・特定部位補償対象外特約) 補 償 さ れ						2	OXX年 5	月 30	日 まで		11		3
							2. ご申告欄 対象ペットについてご申告ください。							
	な						用途」いずれかに必ずチェックしてください。							
	より 本体 その他 ・保険期間の始期前において発生していた身体障害							【 愛がん用(△] 闘犬・賭犬・						
	障害	・保険期間の始期前にお		していた	た身体障害		□ 繁殖用・興行用等の商業目的 □ その他							1
Į		・その他約款に定める傷法	病] Z V)[E						
	3.	請求書作成日を必ずご記入ください。	w	5.	保険金請求	求者	潛名、	ご捺印がない場合は	は、お支払い手	続きができま	せんのでご注	意ください。		
	20)	XX 年 9 月 I 日		ご住所	フリガナ _〒	LEIN								
	4		事故でお支払いの なる他のご契約に ご記入ください。	請	自宅TEL	_	-	_	携帯TEL 〇	90 – X>	XX – OC	000	(呆険金請求者印
		他の保険契約等 会社名	ご記入ください。	お名前	フリガナ ユ	디 그	ウ	9	ロウ	被保険者 ご本人	本人) 同居の親族)	秦
		品名	-	前	9	连 雄	É	太	郎	との関係	配偶者) (別居の未婚の	2子)	(本)
ı	※保険金請求者が未成年の場合は、新 証券番号 ※保険金請求者が未成年の場合は、新 私は、保険金請求者の法定代理人と						親権者の同意(署名・捺印)が必要となります。 として、責社との保険契約にもとづき							
•				保険	(金を請求すること)	について、あ	らかじ	か问意します。	<u> </u>	現権者署名・対	奈印			
	6.							性が認められない: <mark>医師の診察を初めて</mark>			7. 手術	衍日・手術 内		fを受けた場合は 引入ください。
		診断名または症状 (複数ある場合はすべて	. ()	受傷!	日 / 病気の初	診日(※)		動物病院名	• 獣医師名		手術日	20 X	X年「	7 月25日
								○○○動物 定 腔						





9.	保険金振込先	通帳等をご確認のうえ、正確にご記入ください。
口指 座 の定	右のいずれかより振込先	指定□座をお選びください▶1前回指定した□座 ②下記□座 (下記□座情報をご記入ください。)
金融機関	00	銀 行農協 店番 I 2 3毎 市
ゆ銀 うちょ 行	通帳記号	1 0 通帳番号 1
口名 義 座人	カタカナでご記入ください	"エイユウ ハナコ
お支払通知	契約内容と同じ 〒	