

ペット医療費用保険 保険金請求書兼同意書

au損害保険株式会社 宛

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。他に同一ペットを対象とする契約がある場合は、その契約も対象とし請求します。また、保険金は下記の口座に振込みください。

【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、関連するほかの診療等)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		ペット	ペット名	ちゃん	
証券番号			生年月日	年 月 日	
保険期間			年 月 日～ 年 月 日	品種	
ご契約者	ご住所	様			
	お名前				
補償されない身体傷害		対象外疾病・身体部位(特定疾病・特定部位補償対象外特約)			

2. ご申告欄

用途 いずれかに必ずチェックしてください。

☐ 愛がん用(ペット)

☐ 闘犬・賭犬・猟犬

☐ 繁殖用・興行用等の商業目的

☐ その他()

3. 請求日

必ず請求書作成日をご記入ください。

年 月 日

4. 他のご契約

今回の事故でお支払いの対象となる他社のご契約についてご記入ください。

保険会社名	
商品名	
証券番号	

5. 保険金請求者

ご署名・ご捺印がない場合は、お支払い手続きができませんのでご注意ください。

ご住所	(フリガナ)		
	〒 - (契約内容と同じ)		
TEL	(自宅) - -	(携帯) - -	保険金請求書印
お名前	(フリガナ)		
	被保険者ご本人との関係 本人 同居の親族 配偶者 別居の未婚の子		
※保険金請求者が未成年の場合は、親権者の同意(署名・捺印)が必要となります。 私は、保険金請求者の法定代理人として、貴社との (親権者署名・捺印) 保険契約にもとづき保険金を請求することについて、 あらかじめ同意します。			

6. 傷病の内容

以下にご記入がない場合や、診断名・症状と診療明細書の内容に関連性が認められない場合は、保険金をお支払いできない場合があります。
※「病気の初診日」とは、その病気で獣医師の診察を初めて受けた日を指します。

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
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

7. 手術日・手術内容

手術を受けた場合はご記入ください。

手術日	年 月 日
手術内容	

8. 入院期間

ご入院された場合はご記入ください。

年 月 日から
年 月 日まで

9. 保険金振込先

通帳またはキャッシュカードをご確認のうえ、正確にご記入ください。

口座指定	①②いずれかより振込先指定口座をお選びください▶		① 前回指定した口座 ② 下記口座 (口座情報を下の欄にご記入ください)		SC使用欄	
口座名義人氏名	フリガナ					
	フリガナ					
銀行・信金・信組等の金融機関はこちら	金融機関	銀行 農協 信金 漁協 信組 労金		支店名	本店 支店 営業部	
	預金種目	普通・総合 当座 貯蓄	口座番号※右づめでご記入ください			
ゆうちょ銀行はこちら ①・②いずれかにご記入ください	① 店番	預金種類	普通・総合 貯蓄	口座番号		
	② 通帳記号	通帳番号		※右づめでご記入ください		

【送金機能付総合口座をご利用の方】①(振込用の店番・預金種類・口座番号)、または、②(通帳記号・通帳番号)のいずれかにご記入ください。
【送金機能付総合口座以外をご利用の方】①(振込用の店番・預金種類・口座番号)にご記入ください。②はご利用いただけませんのでご注意ください。

ペット医療費用保険 保険金請求書兼同意書

au損害保険株式会社 宛

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、保険契約にもつぎ保険金を請求します。他に同一ペットを対象とする契約がある場合は、その契約も対象とし請求します。また、保険金は下記の口座に振込みください。

【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、関連するほかの診療等)に関する説明を含むことを求めています。

1. ご契約内容

補償プラン		通院ありタイプ 50%コース		ペット	ペット名		ポチ		
証券番号		22000XXXXXX			生年月日		20XX年10月10日		
保険期間		20XX年7月1日～20XX年7月1日			品種		柴		
ご契約者	ご住所	東京都港区〇〇〇-XX×							
	お名前	英雄 太郎			様				
補償されない 身体傷害		対象外疾病・身体部位(特定疾病・特定部位補償対象外特約)							

2. ご申告欄

用途 いずれかに必ずチェックしてください。

- ☒ 愛がん用(ペット)
☐ 闘犬・賭犬・猟犬
☐ 繁殖用・興行用等の商業目的
☐ その他()

3. 請求目

必ず請求書作成日をご記入ください。

20XX 年 9 月 1 日

4. 他のご契約

今回の事故でお支払いの対象となる他社のご契約についてご記入ください。

保険会社名	
商品名	
証券番号	

5. 保険金請求者

ご署名・ご捺印がない場合は、お支払い手続きができませんのでご注意ください。

住 所	(フリガナ)		
	〒 - 契約内容と同じ		
TEL	(自宅) - -	(携帯) 090 - XXXX - 0000	
お 名 前	(フリガナ)	被保険者ご本人との関係	保険金請求書印 
	英雄 太郎	本人 同居の親族 配偶者 別居の未婚の子	

6. 傷病の内容

以下にご記入がない場合や、診断名・症状と診療明細書の内容に関連性が認められない場合は、保険金をお支払いできない場合があります。

※「病気の初診日」とは、その病気で獣医師の診察を初めて受けた日を指します。

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
背中をかゆがる	20XX 年 8 月 3 日	〇〇動物病院 〇〇先生
異物誤飲	20XX 年 8 月 25 日	同上
	年 月 日	

7. 手術日・手術内容

手術を受けた場合はご記入ください。

手術日	20XX 年 8 月 25 日
手術内容	胃内異物摘出手術

8. 入院期間

ご入院された場合はご記入ください。

20XX 年 8 月 25 日から
20XX 年 8 月 29 日まで

9. 保險金振込先

通帳またはキャッシュカードをご確認のうえ、正確にご記入ください。

口座指定						①②いずれかより振込先指定口座をお選びください▶								(1) 前回指定した口座(2) 下記口座 （口座情報を下の欄にご記入ください）							SC使用欄				
口座名義人氏名						フリガナ エ イ ユ ウ タ ロ ウ 英 雄 太 郎																			
銀行・信金・ 信組等の 金融機関はこちら						金融機関		〇 ○		銀行 信金 信組		農協 漁協 労金		支店名		× ×		〔本店〕 ○ 支店 〔営業部〕							
						預金種目		普通・総合		当座		貯蓄		口座番号※右づめでご記入ください							1	2	3	4	5
ゆうちょ銀行はこちら ①・②いずれかに ご記入ください						①	店番				預金種類		普通・総合		貯蓄		口座番号								
						②	通帳記号						通帳番号 ※右づめてご記入ください												

【送金機能付総合口座をご利用の方】①(振込用の店番・預金種類・口座番号)、または、②(通帳記号・通帳番号)のいずれかにご記入ください。

【送金機能付総合口座以外をご利用の方】①(振込用の店番・預金種類・口座番号)にご記入ください。②はご利用いただけませんのでご注意ください。