

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

おケガされた方ご本人がご記入ください。

● 事情によりご本人が請求できない場合は、法定代理人または法定相続人の方がご記入ください。

保険証券をご確認のうえ、今回請求される保険の証券番号をご記入ください。ほかに今回の事故(保険請求)が対象となる弊社の保険契約があれば、証券番号をすべてご記入ください。

* 対象となる保険契約の例
おケガの場合：医療保険、傷害保険、自動車保険、海外旅行保険など

他の保険会社にご請求可能な保険契約がある場合は、内容をご記入ください。

この書類を作成された日付をご記入ください。

日中に連絡可能なご連絡先をご記入ください。

生年月日・性別をご記入ください。

保険金の支払先をご指定ください。

- 通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。
- □座番号は、右づめでご記入ください。
- ゆうちょ銀行の場合は、下図を参考にご記入ください。

(ゆうちょ銀行の例)



傷害総合保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損保へ返送する書類
部位・症状別 / 個人用
治療費あり

ご記入日 20XX年 8月 1日

AIG損害保険株式会社 宛

● 貴社との保険契約に基づき、関係書類を添付のうえ保険金を請求します。
● 貴社が本保険金請求に関する私(保険契約者、被保険者または補償対象者)の個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定など)および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を別紙「個人情報の取扱いについて」とおり取得、利用、提供することに同意します。

1 保険金を請求される方(おケガをされた方) ● おケガをされた方がご署名ください。

| | |
|--|--|
| 〒130-XXXX 都道府県 東京 墨田 市郡区 XX町 1-2-3 | 日中のご連絡先 090-XXXX-5678 |
| お名前 永合 太郎 | 生年月日 19XX年 6月 30日 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |

2 請求される保険 ● 弊社のご契約についてご記入ください。

| | | | |
|--------------|----------------------|-------------|---|
| 証券番号をご記入ください | ① 123456XXXX | ② 98765XXXX | ③ |
| | 複数のご契約がありましたらご記入ください | | |

3 他社のご契約 ● ご請求可能な他の保険契約などがありましたらご記入ください。

| 保険会社などの名称 | 保険の種類 | 証券番号 | 保険金請求の有無 | 連絡先 |
|-----------|-------|---------|--|--------------|
| 東西海上保険 | 傷害保険 | ABC1234 | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 03-XXXX-XXXX |

4 保険金支払先 ● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ご希望の支払先を
 保険料振替口座
 以下の口座

保険料振替口座以外をご指定される場合は、以下の口座欄にご記入ください。

| | | |
|---------------------------|--------|-------|
| 銀行 J A 信用金庫 信用組合 南北 支店 | ゆうちょ銀行 | |
| 店番号 | 口座番号 | 記号 番号 |
| 0011234XXXX | 1 | 0 |
| 口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください | | |
| エイアイ タロウ | | |

次項へ続く

● 次項(5番以降)も忘れずにご記入ください。

45P-3C1

代理店 年月日 保険会社 年月日
受付日 受付日



❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

事故が発生した日時、場所、状況についてできるだけ詳しくご記入ください。

おケガなどの内容についてご記入ください。

- おケガの名前は、受傷部位および病院で診断された診断名をご記入ください。
(複数のおケガがある場合はそれぞれ①②③へご記入ください。)
- おケガをされた体の部位、おケガの症状をご記入ください。
- 医師の診断により、治療が終わった場合は「治療終了」を○で囲んでください。
- 治療を受けた医療機関名、電話番号をご記入ください。

傷害総合保険 保険金請求書 兼 同意書

5 事故の状況

いつ起こりましたか 20 XX 年 4 月 6 日 午前 午後 5 時頃

どこで起こりましたか 自宅 / 自宅以外の場合はご記入ください。 ▶ 東京 都 道 府 県

どのように起こりましたか 転倒 やけど 熱中症 それ以外の場合は具体的な状況をご記入ください。

自動車、原動機付自転車運転中の事故の場合 事故時点で有効な運転免許証の有無 あり なし

6 おケガなどの内容

| おケガの名前 | 部位 | 症状 |
|----------|--|--|
| ① 右とう骨骨折 | 頭・顔・眼・歯・首・腹部・胸部 背部・腰部・臀部 <input checked="" type="radio"/> 腕(肩・手) <input checked="" type="radio"/> 足 手指 足指 その他() | 打撲・捻挫 <input checked="" type="radio"/> 挫創・切創 <input checked="" type="radio"/> 筋等の部分断裂(不全断裂) 筋等の断裂(完全断裂) <input checked="" type="radio"/> 骨折・脱臼 <input checked="" type="radio"/> やけど その他() |
| ② 上肢打撲 | 頭・顔・眼・歯・首・腹部・胸部 背部・腰部・臀部 <input checked="" type="radio"/> 腕(肩・手) <input checked="" type="radio"/> 足 手指 足指 その他() | 打撲・捻挫 <input checked="" type="radio"/> 挫創・切創 <input checked="" type="radio"/> 筋等の部分断裂(不全断裂) 筋等の断裂(完全断裂) <input checked="" type="radio"/> 骨折・脱臼 <input checked="" type="radio"/> やけど その他() |
| ③ | 頭・顔・眼・歯・首・腹部・胸部 背部・腰部・臀部 <input type="radio"/> 腕(肩・手) <input type="radio"/> 足 手指 足指 その他() | 打撲・捻挫 <input type="radio"/> 挫創・切創 <input type="radio"/> 筋等の部分断裂(不全断裂) 筋等の断裂(完全断裂) <input type="radio"/> 骨折・脱臼 <input type="radio"/> やけど その他() |

入院 なし あり ▶ 20XX年 4 月 6 日から20XX年 4 月 15 日まで

通院

| 通院1日目 | 通院2日目 | 通院3日目 | 通院4日目 | 通院5日目 |
|----------|----------|----------|----------|---------|
| 4 月 17 日 | 4 月 21 日 | 4 月 25 日 | 4 月 30 日 | 5 月 8 日 |

●現在の治療について 治療中 治療終了

固定 なし あり ▶ 20XX年 4 月 6 日から20XX年 5 月 8 日まで

固定具 ギプス シーン コルセット その他()

固定部位 肘 手首 手指 膝 足首 足指 腰 その他()

医療機関名 △△病院 Tel (03 - XXXX - 0123)
Tel (- -)
Tel (- -)

7 治療費などのご負担

なし あり ▶ 本件の治療費(初診～請求日時点までの合計金額をご記入ください。(*診断料を除く) 58,000 円

※通院時の交通費はお支払い対象外のため、ご記入不要です。

| | 電車・バス・タクシー代などの合計金額 | 自家用車利用の場合 |
|---------|--------------------|-----------|
| 入退院時交通費 | 3,000 円 延べ走行距離 km | 有料道路利用代 円 |
| 転院時交通費 | 円 延べ走行距離 km | 有料道路利用代 円 |

ギプスなど固定具を装着した場合にご記入ください。

- 固定具の名称は、病院へご確認ください。

治療費のご負担についてご記入ください。

- 労災や交通事故などにより治療費のご負担が一切ない場合は「なし」を○で囲んでください。
- 「本件の治療費(初診～請求日時点まで)の合計金額」には、治療のために医療機関へ直接支払われた費用のほか、医師の処方によるお薬代などをご記入ください。