

海外旅行傷害保険金請求書 兼 個人情報処理相關同意書

海外旅行傷害保険金請求書 兼 個人情報の取り扱いにかかる同意書

Only for Inbound
インバウンド専用

Mail Address : kashinjikouke@daidokasai.co.jp

★大同火災海上保険株式会社 收
我已確認本同意書之內容與事實無出入，並同意以下項目，請求支付保險金。

★大同火災海上保険株式会社 宛
本書の內容が事實と相違ないことを確認し、また下記の項目に同意し、保険金を請求します。

請求日 / 請求日	Day	Month	Year

↓※請填寫護照大名 ※パスポートネームでご記入ください。

1	被保險人 被保險者	姓名 氏名	地址 住所	電話號碼 TEL
	請求人 請求者	姓名※ 氏名	地址 住所	電話號碼 TEL
Email Address				
與被保險人的關係 被保險者との關係 <input type="checkbox"/> 本人 本人 <input type="checkbox"/> 監護人 親権者 <input type="checkbox"/> 法定繼承人 法定相続人 <input type="checkbox"/> 其他 その他				

※被保險者と同じ場合、記入不要。

2	醫療查詢同意書 医療照会同意書					
<p>以下署名人將批准曾診療或治療被保險人的所有醫院、醫師及關係人提供保險公司或其指名人與被保險人相關之一切疾病、傷害之紀錄一事。另外，亦同意本同意書的影本與本同意書亦擁有相同之效力。</p> <p>被保險者を診療又は治療したすべての病院、医師及び関係者が、保険会社又はその指名をする者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害の記録を提供することを、下記署名人は承認致します。なお本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。</p>						
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">被保險人或請求人署名 被保險者又は請求者の署名</td> <td>姓名 氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>地址 住所</td> <td></td> </tr> </table>		被保險人或請求人署名 被保險者又は請求者の署名	姓名 氏名		地址 住所	
被保險人或請求人署名 被保險者又は請求者の署名	姓名 氏名					
	地址 住所					

3	委任狀 ※ 委任状				
<p>我願意將曾治療我的醫院及醫師或OTS租車公司定為代理人，並將該事故(疾病)相關保險金請求及收受相關之一切權限委任予前者。</p> <p>私は、私を治療した病院・医者またはOTSレンタカー社を代理人と定め、当該事故(疾病)に係る保険金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。</p>					
<table border="1"> <tr> <td>被保險人署名 被保險者の署名</td> <td>※此部分請於需接受無現金治療服務時填寫。 ※キャッシュレスメディカルサービスを受ける場合にご記入下さい。</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		被保險人署名 被保險者の署名	※此部分請於需接受無現金治療服務時填寫。 ※キャッシュレスメディカルサービスを受ける場合にご記入下さい。		
被保險人署名 被保險者の署名	※此部分請於需接受無現金治療服務時填寫。 ※キャッシュレスメディカルサービスを受ける場合にご記入下さい。				

4	事故或疾病內容 事故または病気の内容																											
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">日期 / 日時</td> <td>Day</td> <td>Month</td> <td>Year</td> <td rowspan="2"> <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <small>點左右 時頃</small> </td> <td rowspan="2">地點 場所</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">醫院或醫師的地址、姓名、電話 <small>病院または医師の住所・氏名・TEL</small></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">您在過去是否曾因本症狀而接受治療？ <small>以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか。</small></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No </td> </tr> <tr> <td colspan="2">發生於何時呢？ いつですか？</td> <td>年</td> <td>月頃</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		日期 / 日時	Day	Month	Year	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <small>點左右 時頃</small>	地點 場所				醫院或醫師的地址、姓名、電話 <small>病院または医師の住所・氏名・TEL</small>						您在過去是否曾因本症狀而接受治療？ <small>以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか。</small>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		發生於何時呢？ いつですか？		年	月頃		
日期 / 日時	Day		Month	Year	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <small>點左右 時頃</small>			地點 場所																				
醫院或醫師的地址、姓名、電話 <small>病院または医師の住所・氏名・TEL</small>																												
您在過去是否曾因本症狀而接受治療？ <small>以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか。</small>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																								
發生於何時呢？ いつですか？		年	月頃																									

5	保險金支付指示書 ※ 保険金支払指示書															
<table border="1"> <tr> <td>銀行 銀行</td> <td>分店 支店</td> <td>支店代碼 支店コード</td> <td>銀行國際代碼 スイフトコード</td> <td>帳戶號碼 口座番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>國名 国名</td> <td colspan="2">帳戶名義 口座名義</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		銀行 銀行	分店 支店	支店代碼 支店コード	銀行國際代碼 スイフトコード	帳戶號碼 口座番号						國名 国名	帳戶名義 口座名義			
銀行 銀行	分店 支店	支店代碼 支店コード	銀行國際代碼 スイフトコード	帳戶號碼 口座番号												
國名 国名	帳戶名義 口座名義															
<p>※此部分請於已墊付治療費時填寫。 ※治療費を立て替えた場合にご記入下さい。</p>																