

OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM

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

★TO THE DAIDO FIRE & MARINE INSURANCE CO.,LTD

I hereby claim insurance money after confirming that the contents of this form agree with the facts and agreeing to the following items.

★大同火災海上保険株式会社 宛

本書の内容が事実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。

Date of Claim / 請求日

Day

Month

Year

↓ ※Please write your name as it appears on your passport. ※パスポートネームでご記入ください。

| | | | | |
|---|-----------------|--|------------|------------------|
| 1 | Insured 被保険者 | Name 氏名 | Address 住所 | Phone Number TEL |
| | Claimant 請求者 | Name※ 氏名 | Address 住所 | Phone Number TEL |
| | | Email Address | | |
| | | Relationship to Insured 被保険者との関係 | | |
| | | <input type="checkbox"/> Insured 本人 <input type="checkbox"/> Person in Parental Authority 親権者 <input type="checkbox"/> Legal Heir 法定相続人 <input type="checkbox"/> Other その他 | | |

※被保険者と同じ場合、記入不要。

| | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---------|--|------------|--|
| 2 | Medical Inquiry Authorization 医療照会同意書 | | | | | |
| <p>I, the undersigned, hereby authorize all hospitals, and doctors and the relevant people who examined or treated the insured, to furnish the insurance company or those persons designated by it with all illness and injury records of the insured. I further agree that a photocopy of this Authorization is as effective as the original.</p> <p>被保険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><tr><td rowspan="2">Signature of Insured or Claimant 被保険者又は請求者の署名</td><td>Name 氏名</td><td></td></tr><tr><td>Address 住所</td><td></td></tr></table> | | Signature of Insured or Claimant 被保険者又は請求者の署名 | Name 氏名 | | Address 住所 | |
| Signature of Insured or Claimant 被保険者又は請求者の署名 | Name 氏名 | | | | | |
| | Address 住所 | | | | | |

| | | | | |
|---|--|------------------------------|--|--|
| 3 | Power of Attorney※ 委任状 | | | |
| <p>I hereby appoint the hospital, the doctor who treated me or OTS Rent-a-car to act on my behalf and entrust it/him/her with full power in connection with the claim for and the receipt of insurance money for the accident or disease.</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><tr><td>Signature of Insured 被保険者の署名</td><td rowspan="2">※Note: Please complete if you received any cashless medical services. ※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></tr></table> | | Signature of Insured 被保険者の署名 | ※Note: Please complete if you received any cashless medical services. ※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。 | |
| Signature of Insured 被保険者の署名 | ※Note: Please complete if you received any cashless medical services. ※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 | Details of Accident or Disease 事故または病気の内容 | | | | | | | | | | |
| <table><tr><td rowspan="2">Date and Time / 日時</td><td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td rowspan="2"><input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM</td><td rowspan="2">Place 場所</td></tr><tr><td colspan="3"></td><td>around 時頃</td></tr></table> | | Date and Time / 日時 | Day | Month | Year | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | Place 場所 | | | | around 時頃 |
| Date and Time / 日時 | Day | | Month | Year | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | | | Place 場所 | | | |
| | | | | around 時頃 | | | | | | | |
| <table><tr><td>Address, Name and Phone Number of Hospital or Doctor 病院または医師の住所・氏名・TEL</td><td></td></tr></table> | | Address, Name and Phone Number of Hospital or Doctor 病院または医師の住所・氏名・TEL | | | | | | | | | |
| Address, Name and Phone Number of Hospital or Doctor 病院または医師の住所・氏名・TEL | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><td>Have you ever had any treatment for the same symptoms? 以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか。</td><td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td></tr></table> | | Have you ever had any treatment for the same symptoms? 以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Have you ever had any treatment for the same symptoms? 以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| <table><tr><td>When? いつですか?</td><td>yesr 年</td><td>around month 月頃</td></tr></table> | | When? いつですか? | yesr 年 | around month 月頃 | | | | | | | |
| When? いつですか? | yesr 年 | around month 月頃 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|--------------------|---------------------|---------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------|--|--|--|--|--|-----------------|--|---------------------|--|--|
| 5 | Instructions for Insurance Payment※ 保険金支払指示書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><td>Bank 銀行</td><td>Branch 支店</td><td>Branch Code 支店コード</td><td>SWIFT Code スイフトコード</td><td>Account Number 口座番号</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Country Name 国名</td><td></td><td>Account Holder 口座名義</td><td colspan="2"></td></tr></table> | | | | | Bank 銀行 | Branch 支店 | Branch Code 支店コード | SWIFT Code スイフトコード | Account Number 口座番号 | | | | | | Country Name 国名 | | Account Holder 口座名義 | | |
| Bank 銀行 | Branch 支店 | Branch Code 支店コード | SWIFT Code スイフトコード | Account Number 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Country Name 国名 | | Account Holder 口座名義 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※Note: Please complete if you paid any medical fees in advance. ※治療費を立て替えた場合にご記入下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |