

見本です。赤枠の部分を自署でご記入ください。

AIG損害へ返送する書類



傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

一般・事業者 兼用

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 年 月 日

貴社との保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認の上同意し、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、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」のとおり取得、利用、提供することに同意します。
また、貴社の担当者(貴社が委託、依頼した者を含む)が保険金の支払いに必要な範囲で、被保険者が診察または治療したすべての病院、医師および関係者からすべての疾病や傷害の記録を取得することに同意します。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。

1 契約者

〒	-	Tel (-	-)
ご住所	〒983-0043 仙台市宮城野区萩野町2-3-1 オフィスヤマトビルⅢ 202号室		ご連絡先	日中のご連絡先 (- -)	
フリガナ	代表取締役 浦島 年治		法人の場合は担当者のお名前をご記入ください		
お名前	株式会社 うらしま事務所		担当者名		

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	複数のご契約がありま したらご記入ください ②	③
--------------------	----------------------------	---

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
			あり なし	- -
			あり なし	- -

4 おケガなどをされた方

● おケガなどをされた方(未成年の場合は親権者)をご記名、押印してください。

〒 983 - 0043	Tel (090 - 1234 - 5678)
ご住所 仙台市宮城野区萩野町1-2-3	ご連絡先 日中のご連絡先 (- -)
フリガナ 浦島年治	職業 建築業
お名前 浦島年治 男 女	生年月日 500年 / 月 / 日 (40歳)
おケガなどをされた方 未成年の場合親権者の方のご署名が必要です。	保険契約者 1 本人 2 配偶者 3 子
親権者	とのご関係 4 その他()

私(おケガなどをされた方またはその遺族)は、保険契約内容について理解するとともに、保険金支払額ならびに支払先について了知しています。

運転中におケガをされた場合のみ、以下に運転免許証の内容をご記入ください。

交付日	平成 年 月 日	免許証番号	第 号
有効期限	平成 年 月 日まで有効	免許の種類	中型 普通 普自二 原付 大型 その他 ()

5 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○で囲んでください 以下の口座 保険料振替口座 保険料振替口座の場合は、口座欄のご記入は不要です。

銀行	J A	支店	ゆうちょ銀行
信用金庫	信用組合		
店番号	口座番号	記号	番号
普通・総合 当座		1	0

口座名義(カタカナ)
左づめでご記入ください

次項へ続く



印 受 付 日	日 月 年	印 受 付 日	日 月 年
------------------	-------	------------------	-------

傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

一般・事業者 兼用

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 年 月 日

- 貴社との保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認のうえ同意し、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、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」のとおり取得、利用、提供することに同意します。
- また、貴社の担当者（貴社が委託、依頼した者を含む）が保険金の支払いに必要な範囲で、被保険者が診察または治療したすべての病院、医師および関係者からすべての疾病や傷害の記録を取得することに同意します。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。

契約者をご記入ください

1 契約者

〒 -	ご住所	Tel (- -)	ご連絡先	日中のご連絡先 (- -)
フリガナ		法人の場合は担当者のお名前をご記入ください		
お名前	印	担当者名		

● 弊社のご契約についてご記入ください。

2 請求される保険

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

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
			あり なし	- -
			あり なし	- -

治療を受けられた方がご記入ください

4 おケガなどをされた方

● おケガなどをされた方（未成年の場合は親権者）をご記名、押印してください。

〒 -	ご住所	Tel (- -)	ご連絡先	日中のご連絡先 (- -)
(契約者と同じ)	フリガナ		職業	
(契約者と同じ)	お名前	男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
おケガなどをされた方が未成年の場合親権者の方のご署名が必要です。		印	保険契約者との関係	① 本人 ② 配偶者 ③ 子 ④ その他 ()
<input checked="" type="checkbox"/> 私（おケガなどをされた方またはその遺族）は、保険契約内容について理解するとともに、保険金支払額ならびに支払先について了知しています。				

運転中におケガをされた場合のみ、以下に運転免許証の内容をご記入ください。

交付日	平成 年 月 日	免許証番号	第 号
有効期限	平成 年 月 日まで有効	免許の種類	中型 普通 普自二 原付 大型 その他 ()

5 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○で囲んでください (以下の口座) (保険料振替口座) ▶ 保険料振替口座の場合は、口座欄のご記入は不要です。

銀行 JA 支店	信用金庫 信用組合	ゆうちょ銀行
店番号	口座番号	記号 番号
(普通・総合) (当座)		1 0
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください		

次項へ続く

代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
---------	-------	----------	--



保険金支払に必要な医療情報の提供に関する同意書

対象の医療機関名をご記入ください	御中
------------------	----

(同意者→AIG損保→医療機関)

※医療機関ごとに必要な書類であるため、受診先が複数の場合は追加で提出をお願いする場合があります。

記入日	年 月 日	
同意者	住所	
	氏名	
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他()
対象者(患者)	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です

年 月 日 に発生した事故または疾病について、AIG損害保険株式会社の担当者(AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む)が、以下を行う(保険金支払の前・後のいずれの場合も含まれます)ことに同意します。なお、本状の複写も本状と同じ効力があるものと認めます。

- 上記対象者(患者)の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。
- 上記対象者(患者)の以下①②の交付・貸出(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
 - ① 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料
 - ② レントゲンフィルムなどの検査資料

記入例

! 医療機関には提出せず、ご自身でご記入ください。

① 対象者(患者)ご本人(※1)が同意者となる場合

対象の医療機関名をご記入ください		
〇〇総合病院	御中	
記入日	20XX年 9月 10日	
同意者	住所	東京都墨田区錦糸 X-X-201
	氏名	永合 太郎
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他()
対象者(患者)	生年月日	大正・昭和・平成 XX年 7月 1日
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です

忘れずに押印してください。

※1)対象者(患者)が成年の場合は、原則として対象者(患者)ご本人が「同意」してください。

20XX年 9月 1日 に発生した事故または疾病について、

② 対象者(患者)以外の方(※2)が同意者となる場合 (母:永合 花子、子:永合 一郎の場合)

対象の医療機関名をご記入ください		
〇〇総合病院	御中	
記入日	20XX年 9月 10日	
同意者	住所	東京都墨田区錦糸 X-X-201
	氏名	永合 花子
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他()
対象者(患者)	生年月日	大正・昭和・平成 XX年 7月 1日
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です 永合 一郎

忘れずに押印してください。

※2)対象者(患者)が未成年の場合は、親権者の方が同意者となります。また、その他事情により対象者(患者)ご本人が同意者になれない場合は、法定代理人または法定相続人の方が同意者となります。

20XX年 9月 1日 に発生した事故または疾病について、

代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
------------	-------	-------------	--

