

保 険 金 請 求 書
INSURANCE CLAIM FORM



アリアンツ火災海上保険株式会社
〒107-0051 東京都港区元赤坂1丁目6-6 安全ビル17階
Tel. 03-4588-7580 Fax. 03-4588-7593
Anzen Bldg., 17thFl, 6-6, Motoakasaka 1-chome,
Minato-ku, Tokyo 107-0051

下記記載の内容が事実と相違ないことを確認し、下記保険証券の約款・条件に基づき保険金を請求します。また本保険請求に関する私の個人情報を、貴社が次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

1. 保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定など）、保険引き受けの判断・付帯サービスの提供等のために、保険事故の関係者（医療機関、修理業者、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店、調査会社等）、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
2. 保険制度の健全な運営のために、（社）日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社・共済等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
3. 再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うことがあること。

I hereby confirm all descriptions contained herein are true and file with you the claim for the loss or damage in accordance with the terms and conditions of the undermentioned insurance policy. I agree that you will acquire, use and provide my personal information collected and received in connection with this insurance policy to the extent necessary to achieve such purposes of 1.to 3. as mentioned in the attached paper.

保険種類 Kind of Insurance	<input checked="" type="checkbox"/> 火災 FIRE <input checked="" type="checkbox"/> 賠償責任 LIABILITY <input checked="" type="checkbox"/> 傷害 PERSONAL ACCIDENT <input checked="" type="checkbox"/> 動産総合 MOVABLES ALL RISKS <input type="checkbox"/> その他 OTHERS ()		請求日 Date	年 月 日 Year Month Day
証券番号 Policy No.	保険期間 Policy Period	年 月 日 ~ 年 月 日 Year Month Day Year Month Day		
被保険者 Insured	住所 〒□□□-□□□□ Address			
	氏名 Name	印 Signature	TEL	
	年齢 Age	職業または職種 Occupation or Profession		
保険金請求者 Claimant (被保険者と同じ場合記入不要) (Not necessary when the Insured files a claim)	住所 〒□□□-□□□□ Address			
	氏名 Name	印 Signature	TEL 被保険者との関係 Relationship with the Insured	

事故状況 Description of Accident	事故発生日時 Date of Accident	年 月 日 Year Month Day	午前 A. M. 午後 P. M.	時 分 Hour Minutes
	事故発生場所 Place of Accident			
	事故の状況・原因等 Circumstance of the Accident			
	届出警察・消防署 Police or Fire Stn. where the loss or damage was reported.	TEL	届出受理番号 Acceptance No.	
	目撃者氏名 Name of the witness	住所 Address	TEL	

保険金支払方法 Method of Payment	
<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 信用金庫 BANK	支店 店番号 BRANCH BRANCH CODE
<input type="checkbox"/> 普通 Ordinary <input type="checkbox"/> 当座 Current <input type="checkbox"/> 口座名義 (カタカナ) Depositor's Name	<input type="checkbox"/> 座番号 Account No.

他の保険契約 Other Insurance	
同一危険をカバーする他の保険契約がありますか? Do you have any other insurance which covers this claim?	
<input checked="" type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ No	保険会社 [] 保険種類 [] 証券番号 []

裏面もお忘れなくご記入ください！ (Please see overleaf)

代理店受付日・受付印	保険会社受付日・受付者印

保 險 会 社 欄	支払額	円	支払日(承認日)
	検印責任者 担当者 オペレーター		

事故の種類に応じて該当欄にご記入ください。
Please fill in appropriate section according to the accident

物 損 害 PROPERTY DAMAGE							
損害品目 Item(s) Damaged or Stolen	銘柄 Brand · Model	数量 Quantity	購入年月 Date of Purchase	購入先 Place of Purchase	購入価額 Purchase Price	損害状況・その他 Description of Damage, etc.	保証書・領収書 Receipt
							有・無
							有・無
							有・無
							有・無
							有・無
							有・無
							有・無
							有・無
							有・無
							有・無

賠償事故 LIABILITY ACCIDENT			
被害者名 Claimant	氏名 <small>フリガナ</small> Name	男・女 M F	年齢 Age
	住所 <small>〒□□□-□□□□</small> Address	職業 Occupation	
ケガの状況・財物損害の程度 <small>Details of Bodily Injury / Property Damages</small>			
病院・医師 Hospital Attending Doctor	病院名 Hospital	担当医 Attending Doctor	TEL
	住所 <small>〒□□□-□□□□</small> Address		

傷害・疾病事故 BODILY INJURY or SICKNESS				
ケガ・病気の状況 <small>Details of Bodily Injury or Sickness</small>				
病院・医師 Hospital Attending Doctor	病院名 Hospital	担当医 Attending Doctor	TEL	
	住所 <small>〒□□□-□□□□</small> Address			
治療費用担保の場合 <small>In case of medical expenses coverage</small>	診察費等 Treatment Expenses etc.	医薬費 Medicine Expenses	その他費用 Other Expenses	治療費合計 Total Expenses
<p>治療費用担保の場合、治療費を証明する資料をご提出ください。 In case of medical expenses coverage, please submit the documents which prove actual medical expenses.</p> <p>入院・通院保険金の請求額が10万円以内の場合、別紙の治療申告書のご提出により診断書に代えることが出来ます。 In case your claim amount does not exceed ¥100,000 you may submit a medical declaration instead of a medical certificate.</p> <p>保険金請求額が10万円を超える場合は、診断書をご提出ください。 In case your claim amount exceeds ¥100,000, please submit a medical certificate.</p>				

質問事項 QUESTIONS		
<p>1. 過去3年間に同種の保険の保険金を請求または、受領をしたことがありますか？ Have you ever claimed or received payment for this type of insurance in the last 3 years?</p> <p>はい YES ▶ 保険会社 [] いいえ No 金額 []</p>	<p>2. ケガ・病気で保険金を請求の場合、本症状で以前に治療を受けたことがありますか？ In the case of bodily injury or sickness claim, have you ever been treated for similar injury or sickness?</p> <p>はい YES ▶ いつごろですか？ When? [] いいえ No []</p>	<p>3. この事故に関し他の保険会社または第三者に賠償の請求をしていますか？ Are you claiming against any other insurer or third party for the same accident?</p> <p>はい YES ▶ どこですか？ Who? [] いいえ No []</p>