

生活サポート 総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書

AIU損害保険株式会社 御中

①ご記入日 年 月 日

- 下記について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、個人情報を裏面のとおりに取得、利用、提供することに同意します。

②加入依頼者または保護者

証券番号(会社使用欄)		加入者番号	
加入依頼者 または 保護者 (親権者または法定監 督義務者ただし圖は 除く)	(ご住所) 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(お名前)	
	(お電話番号) - -	(続柄) (本人) (保護者) (成年後見人) (その他法定代理人)	
本人 (証券記載の本人)	(フリガナ)	(施設・学校・団体名)	(担当者)
	生年月日 年 月 日(才)	(TEL)	



③請求区分 ●おケガの場合は次の1~5、ご病気の場合は2~6のなかから、ご請求の項目に○をつけてください。

1. 傷害保険金	2. 入院一時金	3. 入院諸費用	4. 差額ベッド費用	5. 付添介護保険金	6. 疾病葬祭費用
----------	----------	----------	------------	------------	-----------

④おケガまたはご病気の状況、内容

傷病名			
現在の治療について	<input checked="" type="radio"/> 治療中	<input type="radio"/> 治療中止	<input type="radio"/> 治ゆ
医療機関名:	担当医:		
TEL:	-		
事故状況(ご病気の場合は、病状や経過など)			
ご病気の場合	初診日	年 月 日	
	入院期間	年 月 日から	年 月 日まで 日間
	発生日時	年 月 日	午前 午後 時 分頃
	場所	(施設・学校内のとき)	
おケガの場合	部位	頭部・顔面・頸部・腕・手・脚・足・指(<small>別・右手親指</small>)・その他()	
	状態	打撲・切り傷・すり傷・骨折・捻挫・脱臼・ヤケド・その他()	
	手術を受けましたか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
	手術名:	()	

⑤入院通院申告欄 ●おケガの場合のみご記入ください。

支払保険金の合計が10万円以下かつ治療期間が3ヶ月以内の方のみご記入の上、診察券または領収書のコピーをご提出ください。弊社がお願いした場合以外、診断書のご手記は必要ございません。

入院された日に×印、通院された日に○印を付けてください。

()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
()月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
()月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
()月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
入院	年 月 日より			年 月 日まで												
通院	年 月 日より			年 月 日まで			(実際に通院した日数 日)									
固定具使用の場合	●ギブス			年 月 日より			年 月 日まで			日間						
	●シーネ・その他()			年 月 日より			年 月 日まで			日間						

⑥疾病葬祭費用

お亡くなりになられた日	年 月 日	
葬祭の日時	お通夜: 年 月 日 時から	葬儀: 年 月 日 時から
費用を負担された方	氏名	続柄()

⑦委任状

本件に関する保険金請求・受領を他人に委任するときは下欄もご記入・ご捺印ください。

AIU損害保険株式会社 御中	年 月 日
私は、住所 _____	
氏名 _____	を代理人として定め、
上記事案に関する保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限を委任します。	
〈委任者〉	
住所:	
加入依頼者氏名:	
本人氏名:	



⑧保険金支払先

(保険料引込口座に同じ)

下記口座にお支払いください。振込みをもって支払がなされたものと認めます。

金融機関	<input checked="" type="radio"/> 銀行	<input type="radio"/> 信用金庫	支店
	<input type="radio"/> 農協	<input type="radio"/> 信用組合	
	<input checked="" type="radio"/> 普通・総合	店 番 号	口 座 番 号
	<input type="radio"/> 当座		
ゆうちょ銀行	通 帳 記 号	通 帳 番 号	
	1	0 -	
口座名義 (カタカナ)			

代理店受付日	保険会社受付日
年 月 日	



保険金支払に必要な医療情報の提供に関わる同意

私は、AIU損害保険株式会社の担当者(AIU損害保険株式会社が委託依頼した者を含む)が、医療機関または他の保険会社等との間で、被保険者の病状並びに診療に関する記録(カルテ、看護記録、撮影画像、診断書、診療報酬等の診察、治療に関わる各種記録)および情報を取得もしくは提供することに同意し、同意した旨を証するため、本書の表面の保険契約者・被保険者欄に署名捺印します。尚、本状の複写も本状と同じ効果があるものと認めます。

個人情報の取扱いに関わるご確認

1. 個人情報の利用目的

弊社はこのご契約に関する個人情報を以下の目的のため利用します。

- (1) 各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払い
- (2) 関連会社・提携会社を含む各種商品やサービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- (3) 弊社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- (4) その他保険に関連・付随する業務

2. 個人情報の提供

あらかじめご本人が同意されている場合のほか、次の場合にご本人の個人情報を外部に提供することがあります。

- (1) 利用目的の達成に必要な範囲内において、業務を外部(弊社代理店を含みます。)へ委託する場合
- (2) 再保険(再々保険以降の出再を含みます。)のため、再保険を取り扱う他の会社に提供する場合
- (3) ご本人の保険契約内容を保険業界において設置運営する制度に登録するなど、保険制度の健全な運営に必要と考えられる場合
- (4) 事故発生の際、この保険契約および保険金請求に関する事項について損害保険会社などの間で確認する場合(同一の損害または費用に対して他の保険契約などがあり、損害保険会社などに求償するために確認する場合を含みます。)
- (5) 保険金のお支払いのために必要な範囲内において、保険事故の関係者(当事者、医療機関、修理業者など)に提供する場合
- (6) その他法令に根拠がある場合

3. 個人情報の取扱いに関するお問合せ先

AIUお問合せ窓口:電話 0120-336-112(通話料無料)

(受付時間:土・日・祝日・年末年始を除く 午前9時~午後5時)

弊社の個人情報の取扱い(プライバシーポリシー)の詳細は、弊社ホームページをご覧ください。

(URL: <http://www.aiu.co.jp>)

4. 損害保険業界における特定共同利用

弊社では、保険制度が健全に運営され、不正な保険金等の請求を防止しつつ、保険金等の支払が適正に行われるよう、弊社の保険契約等に関する所定の情報を損害保険会社等特定の者と共同で利用しております。制度の詳細および共同利用する者の範囲等法定開示事項につきましては、一般社団法人日本損害保険協会および損害保険料率算出機構のホームページをご覧ください。

一般社団法人日本損害保険協会ホームページ

(URL: <http://www.sonpo.or.jp/about/guideline/kyodoriyou/>)

損害保険料率算出機構ホームページ

(URL: http://www.nliro.or.jp/about/privacy_riyou.html)

入院/付添介護状況/差額ベッド申告書

AIU損害保険株式会社 御中

- 雇入れ介護人を利用した場合や差額ベッドを利用した場合は、領収書などのコピーを同封してください。また、状況により診断書などの確認書類が必要となることがあります。
- 付添の時間帯は24時間制(0:00~24:00)にてご記入ください。24:00にて、1日を分けてご記入ください。
- 当該申請書の内容確認のため、医療機関などに連絡をとらせていただく場合があります。

担当医師と相談のうえ、被保険者 _____ の入院時の 付添い介護を下記内容のとおりしました。差額ベッドについても、下記のとおり相違ありません。	の入院時の _____ 印
年 月 日 お名前 (加入依頼者または保護者)	

入院日付	付添い者	①付添い者氏名(続柄)	②付添い者氏名(続柄)	③付添い者氏名(続柄)	差額ベッド (消費税含まず 一日当りの額)
		続柄()	続柄()	続柄()	
1	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
2	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
3	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
4	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
5	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
6	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
7	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
8	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
9	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
10	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
11	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
12	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
13	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
14	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
15	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
16	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
17	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
18	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
19	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
20	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
21	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
22	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
23	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
24	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
25	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
26	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
27	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
28	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
29	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
30	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
31	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
32	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
33	月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	

代理店受付日 _____ 年 月 日	保険会社受付日 _____
-----------------------	------------------

