

賠償責任保険金請求書



兼 個人情報の取扱いに関する同意書

チューリッヒ保険会社 御中

本書の記載内容が事実と相違ないことを確認し、当事故に係る保険金を請求します。
また、次の事項につき同意します。なお、本書の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。

- 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（保険金支払いの可否、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、別紙「個人情報の取扱いに関する事項」に記載の通り取得、利用、提供することに同意します。

保険金請求者とは次のとおりです。

- 事故を起こされた方（被保険者）
- 被保険者が未成年の場合は親権者

1 保険金のご請求日、事故日

ご請求日 (ご記入日)	年	月	日				
事故日	年	月	日	午前	午後	時	分頃

2 保険金請求者 ※保険金請求者ご本人がご記入、ご捺印ください。

ご住所	〒	—	都 道 府 県
お名前	フリガナ	必ずご捺印ください。 個人情報の取扱いに同意のうえ、 保険金を請求します。	
TEL ()	—		
日中のご連絡先	ご希望の連絡時間帯がございましたら ○印をつけてください。		
Eメール アドレス	@		

3 保険金の支払先 ※保険金請求者本人名義の口座をご記入ください（損害保険金の立替がある場合のみ）。

□座名義(カタカナ) ❗必ずご記入ください。									
1 金融機関(ゆうちょ銀行以外) か 2 ゆうちょ銀行のいずれかひとつにご記入ください。									
1 金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	銀行		信用金庫		J A		本店 支店 出張所		
	その他 ()								
	店番号		預金種目	普通・総合	当座	貯蓄	口座番号(右詰め)		
2 ゆうちょ銀行	通帳記号	1	0	通帳番号					1

❗裏面もご確認のうえ、ご記入ください。

会社 使用 欄		
---------------	--	--

4 事故状況

事故発生場所	都道府県	
事故状況図をご記入ください。		事故状況図の補足説明をご記入ください。

5 相手方の損害 ※事故により発生した損害をご記入ください。

財物損害	所有者		生年月日	年	月	日生
	住 所	〒 -	電話番号	()	-	
	損害を被った財物の内容					
人身損害	氏 名		生年月日	年	月	日生
	住 所	〒 -	電話番号	()	-	
	傷害を受けた部位・診断名		病院名			

6 警察への届出、目撃者・第三者

届出日		年	月	日	届出警察署	署
目撃者	氏 名			電話番号	()	-
	住 所					
その他第三者	氏 名			電話番号	()	-
	住 所					

7 他のご契約

他の保険契約の有無		無有 ※本契約以外にご請求可能な損害保険・共済が有の場合、以下にご記入ください。			
保険会社・共済組合名	保険・共済の種類	証券番号	電話番号		保険金請求の有無
			()	-	有無
			()	-	有無
			()	-	有無
			()	-	有無

賠償責任保険金請求書の記入上の注意点

以下の内容を参照して**黒のボールペン**でご記入ください。

表面

賠償責任保険金請求書



兼 個人情報の取扱いに関する同意書

チューリッヒ保険会社 御中

本書の記載内容が事実と相違ないことを確認し、当事故に係る保険金を請求します。

また、次の事項につき同意します。なお、本書の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。

- 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（保険金支払いの可否、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、別紙「個人情報の取扱いに関する事項」に記載の通り取得、利用、提供することに同意します。

保険金請求者は次のとおりです。

- 事故を起こされた方（被保険者）
- 被保険者が未成年の場合は親権者

1 保険金のご請求日、事故日

ご請求日（ご記入日） 2017 年 10 月 15 日

事故日 2017 年 10 月 10 日 午前 午後 10 時 10 分頃

2 保険金請求者 ※保険金請求者ご本人がご記入、ご捺印ください。

〒000 - 0000

ご住所 東京 都 調布市〇〇町△-△

フリガナ スイス タロウ
お名前 須井洲 太郎

※被保険者が未成年の場合、親権者のお名前をご記入ください。

日中のご連絡先 TEL (042) 000 - 000

ご希望の連絡時間帯がございましたら 9時～12時 12時～14時 14時～17時 特になし

Eメール アドレス taro0000 @ zurich.com

3 保険金の支払先 ※保険金請求者本人名義の口座をご記入ください（損害保険金の立替がある場合のみ）。

口座名義（カタカナ） スイス タロウ

① 必ずご記入ください。

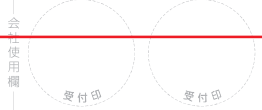
1 金融機関（ゆうちょ銀行以外）か 2 ゆうちょ銀行のいずれかひとつにご記入ください。

1 金融機関（ゆうちょ銀行以外） 〇〇 銀行 信用金庫 J A 本店 支店 出張所

店番号 012 預金種目 普通・総合 当座 貯蓄 口座番号（右詰め） 0004567

2 ゆうちょ銀行 通帳記号 1 0 通帳番号 1

① 裏面もご確認のうえ、ご記入ください。



請求書の作成日をご記入ください。

事故の発生日をご記入ください。

被保険者が未成年の場合、親権者が請求権者となります。

① 必ずご捺印ください。
別紙の「個人情報の取扱いに関する事項」をご覧ください。

不明な場合、空白のままご提出ください。

裏面

賠償責任保険金請求書

4 事故状況

事故発生場所 東京 立川市富士見町2-3-4 路上

事故状況図をご記入ください。

事故状況図の補足説明をご記入ください。

甲乙双方とも自転車で信号のない交差点に進入し出合頭に衝突、転倒した。その転倒により乙は左足首を挫減、捻挫し、乙の自転車が破損した。すぐに救急車を呼び、乙は病院に搬送され、同時に警察にも連絡した。

5 相手方の損害 ※事故により発生した損害をご記入ください。

財物損害	所有者	小林 次郎	生年月日	1972 年 00 月 00 日生
	住 所	〒000-0000 東京都立川市富士見町1-10-20	電話番号	(042) 111 - 1111
損害を被った財物の内容 A社 電動アシスト付き幼児2人同乗用自転車 修理代1万円				
人身損害	氏 名	小林 次郎	生年月日	1972 年 00 月 00 日生
	住 所	〒 - 同 上	電話番号	(042) 111 - 1111
	傷害を受けた部位・診断名	左足関節 挫減創、捻挫	病院名	いろは外科病院

6 警察への届出、目撃者・第三者

届出日	2017 年 10 月 10 日	届出警察署	立川 署
目撃者	氏 名	鈴木 花子	電話番号 (042) 999 - 9999
	住 所	東京都立川市富士見町1-3-5	
その他第三者	氏 名		電話番号 () -
	住 所		

7 他のご契約

他の保険契約の有無 ☐ 無 ☒ 有 ※本契約以外にご請求可能な損害保険・共済が有る場合、以下にご記入ください。

保険会社・共済組合名	保険・共済の種類	証券番号	電話番号	保険金請求の有無
〇〇損保	自動車	87654321	(03) 0000-0000	☒ 有 ☐ 無
××損保	傷害	63214789	(042) 0000-0000	☐ 有 ☒ 無
			() -	☐ 有 ☐ 無
			() -	☐ 有 ☐ 無

記入例を参考に事故状況図をご記入ください。

補足説明は具体的にご記入ください。

相手方の損害について具体的に
ご記入ください。
※損害品名、形式、メーカーなど。

相手方の人身損害について
ご記入ください。

事故の目撃者がいれば、ご記入ください。

事故に関係する人(他の加害者
など)がいれば、ご記入ください。

1. 個人情報の利用目的

当社は、今回の事故、保険金請求におきまして取得した個人情報を主に次の目的のために利用します。

- (1) 保険金支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供および保険引受
- (2) 債権の回収
- (3) 再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知および再保険金の請求
- (4) 保険制度の健全な運営

2. 個人データの第三者への提供

当社は、次の場合を除き、ご本人の同意なくお客様の情報を第三者に提供することはありません。

- (1) 当社が、保険事故の関係者（保険事故の当事者、損害保険会社・共済団体、不動産会社、修理業者、医療機関等）、業務委託先（代理店、損害調査会社等）、警察署、消防署、自動車安全運転センター、裁判所、その他必要な関係先に対して個人情報を提供する場合
- (2) 当社が、保険制度の健全な運営および保険金の適正な支払いのために（一社）日本損害保険協会および保険会社等の間で情報交換を実施する場合
- (3) 次に掲げる会社との間で、保険金の支払いに必要な範囲内で、個人情報を提供する場合
 - ① 共同保険契約の引受保険会社
 - ② 再保険の引受保険会社（当該再保険引受会社から出再された以降の他の再保険引受会社などを含みます）
- (4) 法令により必要と判断される場合
- (5) 当社が、ほかの保険契約との重複において負担部分を超える額を求償するために、必要な情報（契約の内容、支払保険金等に関する情報等）を他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供する場合

保険医療等の機微（センシティブ）情報の取得、利用、および第三者提供は、保険業法施行規則に従い、適切な業務運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。当社の個人情報保護方針等詳細につきましては、当社ウェブサイト（www.zurich.co.jp）をご確認ください。