

医療保険金請求書

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、当支払事由に係る保険金を請求します。

なお、支払いにともない保険契約が消滅する場合、保険証券/加入者証は無効となることを承認します。

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。

→ 患者様ご本人（被保険者）

→ 後見人または代理請求人

1 保険金のご請求日

ご請求日
(ご記入日) 年 月 日

2 保険金請求者、被保険者 ※保険金請求者ご本人がご記入、ご捺印ください。

保険金請求者	ご住所	〒 都道府県		
	お名前	フリガナ		
	被保険者との関係	本人 配偶者 後見人 3親等以内の親族 () その他 ()		
	日中のご連絡先	TEL () 9時～12時 12時～14時 14時～17時 特になし 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	@		
被保険者	お名前	フリガナ	生年月日	年 月 日生
		請求者に同じ		

必ずご捺印ください。

印

個人情報の取扱いに同意のうえ、保険金を請求します。

3 病名告知

病名が「がん」の場合、病名告知について○印をつけてください。

患者本人 がん告知あり がん告知なし 家族 がん告知あり がん告知なし

患者本人または家族のいずれかが「がん告知なし」の場合、以下をご記入ください。

送付先住所 上記2の住所と同じ
〒 日中のご連絡先 TEL ()

宛 名

4 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。

口座名義(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

受付印

受付印

5 保険金の支払事由が生じた場合の通知

保険金の支払事由が生じた日から30日経過後に当社に通知をされた場合、理由に○印をつけてください。

- ☐ 30日以内に通知することを知らなかったため
 ☐ 保険契約に加入していることを忘れていたため
☐ 治療が終了してから通知を行ったため
 ☐ 治療に専念していたため
☐ 支払事由に該当するとは思わなかったため
 ☐ その他 ※ 以下に理由をご記入ください。

※ 保険金の支払事由が生じた日からその日を含めて30日以内に傷害または疾病の内容および程度を当社に通知していただくことをお願いしております。

6 受診先

今回の傷病で受診されたすべての医療機関を以下にご記入ください。

医療機関名①

住 所
(市区町村まで)

治療期間

☐ 通 院

☐ 入 院

年

月

日 ~

年

月

日

☐ 通 院

☐ 入 院

年

月

日 ~

年

月

日

医療機関名②

住 所
(市区町村まで)

治療期間

☐ 通 院

☐ 入 院

年

月

日 ~

年

月

日

☐ 通 院

☐ 入 院

年

月

日 ~

年

月

日

7 今後の治療予定

今後、入院や手術などの治療を予定されている場合、以下にご記入ください。

医療機関名

治療期間

[入院予定期間]

年

月

日 ~

年

月

日

[手術予定日]

年

月

日

[通院予定期間]

年

月

日 ~

年

月

日

8 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医療保険が有の場合、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

表面

不明な場合、空白のまま
ご提出ください。

裏面

医療保険金請求書

5 保険金の支払事由が生じた場合の通知

保険金の支払事由が生じた日から30日経過後に当社に通知をされた場合、理由に○印をつけてください。

- ☐ 30日以内に通知することを知らなかったため ☐ 保険契約に加入していることを忘れていたため
☐ 治療が終了してから通知を行ったため ☐ 治療に専念していたため
☐ 支払事由に該当するとは思わなかったため ☐ その他 ※ 以下に理由をご記入ください。

※ 保険金の支払事由が生じた日からその日を含めて30日以内に傷病または疾病の内容および程度を当社に通知していただくことをお願いしております。

6 受診先

今回の傷病で受診されたすべての医療機関を以下にご記入ください。

医療機関名① チューリッヒ総合病院

住 所 (市区町村まで) 東京都中野区中野

治療期間 ☐ 通院 ☒ 入院 XX年XX月XX日～XX年XX月XX日
☐ 通院 ☐ 入院 年 月 日～ 年 月 日

医療機関名② 調布医院

住 所 (市区町村まで) 東京都調布市調布

治療期間 ☐ 通院 ☒ 入院 XX年XX月XX日～XX年XX月XX日
☐ 通院 ☐ 入院 年 月 日～ 年 月 日

7 今後の治療予定

今後、入院や手術などの治療を予定されている場合、以下にご記入ください。

医療機関名	
治療期間	[入院予定期間] 年 月 日～ 年 月 日 [手術予定日] 年 月 日 [通院予定期間] 年 月 日～ 年 月 日

8 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医療保険が有の場合、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
〇〇損保	医療保険	W7654321	(03) 0000-0000	☒ 有 ☐ 無
			() -	☐ 有 ☐ 無
			() -	☐ 有 ☐ 無
			() -	☐ 有 ☐ 無

いずれかに○印をつけてください。

今回ご請求いただいた傷病により受診されたすべての病院、時期についてご記入ください。診断書依頼先のみならず、前医、紹介医があればご記入ください。

なお、受診期間とは、初診日から最近の受診日までのことです。

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。