

# 生活サポート 総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書



AIG損害保険株式会社 宛

①ご記入日 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、個人情報を裏面「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。

## ②保険金請求者(おケガまたはご病気をされた本人・保護者・費用負担者・その他法定代理人)

加入者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
保険金請求者	(ご住所) 〒	(お名前)		
	(お電話番号)	(続柄)	(保護者) (費用負担者) (その他法定代理人)	
おケガをされた方 または ご病気をされた方	(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. 室料差額費用 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	(治療中) (治療中止) (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
おケガの場合	発生日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃
	場所	(施設・学校内のとき)
	部位	頭部・顔面・頸部・腕/手・脚/足・指(例:右手親指)・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( )
	手術をされましたか	(はい) (いいえ) 手術日: 年 月 日
	手術名:	
	手術コード(K)・(J) -	※お分かりになる場合は、ご記入ください

## ⑤入院院申告欄 ●おケガの場合のみご記入ください。

こちらにご記入のうえ、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、診断書のご手配は必要ございません。

入院日にX印、通院日に○印を付けてください  
各月の「○」印の数をご記入ください。

( )月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	通院計	日
( )月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	通院計	日
( )月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	通院計	日
( )月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	通院計	日
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

固定具の装着について

※固定具とは、骨折・脱臼・靭帯損傷などの傷害を被った部位を固定するために「医師の指示により常時装着するギプスなど」を言います。  
※装着期間は、医師の指示により常時装着した期間をご記入ください。

①固定具を装着した身体の部位	肘・手首・膝・足首・手指・足指
※固定した部位全てをご記入ください。	その他( )
②装着した固定具の種類(名称)	ギプス・ギプスシャーレ
※名称は医療機関でご確認頂けます。	シーネ・ギプスシーネ
	その他( )
③医師の指示により常時装着した期間	年 月 日から 年 月 日まで

## ⑥疾病葬祭費用

亡くなられた日	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( )

## ⑧委任状

本件の保険金請求・受領権を有する方が、上記②の保険金請求者にその権限を委任する場合は、下欄もご記入、ご捺印ください。

AIG損害保険株式会社 宛	年 月 日
私は、上記②の保険金請求者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:	
氏名:	



## ⑦他社のご契約 ●ご請求可能な他社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	証券番号	連絡先

## ⑨保険金支払先

(保険料振替口座に同じ)

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	(銀行) (信用金庫) (JA) (信用組合)	支店
	普通・総合 (当座)	店番号 □ 座番号
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	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わる同意

---

私は、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みます)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

---

## 個人情報の取扱いについて

---

弊社は、今回の保険金請求に関する個人情報を次の目的のために利用します。

- (1) 今回のご請求に関わる保険事故の調査および保険金のお支払い
- (2) 保険契約のお引受け、ご継続・維持管理
- (3) 日本におけるAIGグループ会社・提携会社等が取り扱うサービスや各種商品のご案内・提供、ご契約の維持管理
- (4) 弊社業務に関する情報提供および運営管理、商品・サービスの充実
- (5) お客さまとのお取引および業務運営を適切かつ円滑に履行するために行う業務
- (6) その他上記に付随する業務

また、ご本人が同意されている場合のほか、次の場合に外部へ提供する場合があります。

- (1) 利用目的の達成に必要な範囲内において、保険代理店を含む委託先(外国にある事業者を含みます)へ提供する場合
- (2) 保険金の適正および迅速な支払いその他保険契約の履行のために必要な範囲内で、保険事故の関係者(事故当事者、医療機関、事故当事者の関係する保険会社、修理業者等。外国にある事業者を含みます)に提供する場合
- (3) 再保険(再保険以降の出再を含みます)の手続きをする場合(外国にある事業者との間の手続きを含みます。)
- (4) 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情報制度に登録する等、保険制度の健全な運営に必要であると考えられる場合
- (5) AIGグループ会社\*と共同利用する場合
- (6) その他法令に根拠がある場合

ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、各種法令に従い、業務の適切な運営の確保およびその他必要と認められる範囲に限定します。また、個人番号(マイナンバー)を含む特定個人情報の利用目的は、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」(番号法)に定められている範囲に限定します。

上記に関わる個人情報の取扱い(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.aig.co.jp/sonpo>)

(\*AIGグループ会社との共同利用については、弊社プライバシーポリシーをご覧ください)