Chubb(Ace)　Aioi Nissay Dowa　Mitsui Sumitomo　Sompo Japan　Nisshin　Zurich　au　JI Group

（受診者記入欄）　保険金請求委任状・同意書　/　Claim & Consent Form

＜受診医療機関　御中＞【キャッシュレス・メディカルサービスに関わる委任】貴院（受診医療機関）でキャッシュレス・メディカルサービスの提供を受けた場合には、その治療費用についての保険金請求権を貴院に委任します。また、当該保険において支払対象外と判明した治療費用については、速やかに貴院、加入保険会社またはその業務委託先に支払うことを誓約します。

＜受診医療機関　御中＞【個人情報の提供に関する同意】（To：Medical Service Providers）被保険者を診察または治療したすべての病院、医師または関係者が、加入保険会社又はその業務委託先に、被保険者に関するすべての疾病、傷害の記録を提供することを承認致します。The insured hereby authorize any hospital, physician or other person who has attended or examined the insured, to furnish to the company, or to authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records.

＜加入保険会社　御中＞【個人情報の取扱に関する同意】貴社（加入保険会社）が本保険請求に関する私の個人情報を、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、支払保険金の算定等）・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、貴社が保険事故の関係者（修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、その他必要な関係先(いずれも海外にあるものを含む)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。②保険金支払の健全な運営のために、一般社団法人 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(海外にあるものを含む。以下同じ。)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、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、再保険引受会社(海外にあるものを含む)に提供を行うこと。④保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含む)については、貴社が法令等に基づき、保険業の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行うこと。⑤他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、損害保険金の額等支払保険金・費用に関する情報)を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。また、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、貴社から提供を受け、利用すること。**⑥保険契約の履行のために必要な目的の場合に限り、貴社の社員またはその業務委託先が個人データの収集を行った国以外の第三国に個人データを移転して処理や保存を行うこと。**

＜加入保険会社　御中＞【調査に関わる同意】貴社の社員またはその業務委託先が、私の保険金請求に関わる保険事故事実の調査を行う範囲内で、事故の事実に関わる情報を如何なる機関、個人等関係当事者より取得することに同意します。又同様に医療機関から医療情報を直接取得・利用することに同意します。なお、本状は下記の傷病に関する貴社の保険金支払完了後に効力を失うものとします。

＜加入保険会社　御中＞【他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意】本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等（同一危険を補償する他の保険契約・共済契約）から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて支払等を受けた場合には、当該超過額について、貴社または他の保険契約等の引受保険会社等へ直ちに返還します。また、他の保険契約等がある場合、貴社が他の保険契約等の引受保険会社等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。

保険会社		**証券･カード番号**	
他の保険契約がある場合	保険会社名：　/証券番号： ☐VISA ☐JCB ☐AMEX ☐JAL ☐ANA ☐ダイナース ☐others(　　) /カード番号：		
患者名	ローマ字：　漢字：　勤務先：		
事故日（あるいは症状が最初に現れた日）	20　年　月　日	**生年月日**	男・女
ケガの原因/病気の状況 （予防接種、健康診断、歯科疾病、妊娠に関する治療、契約開始日前の事故/発病、初診日/事故日から 180 日経過した継続治療費等は対象外です）			
同症状での治療歴がある場合	期間：　/病院：　/完治・未完治		
現地	住所：	TEL：	
日本	住所：	TEL：	
E メール　@		原則として患者ご本人のご署名をお願いいたします。患者が未成年の場合は、親権者がご署名ください。	

受診日 20　年　月　日　**ご署名** _____

（担当医記入欄）　Attending Physician's Statement

Patient Name: _____

-1) Diagnosis: (In Block Capitals)

(If there are more than 1 diagnoses ⇒ Are they related to each other ?　Yes / No)

-2) Date of first symptom:

-3) Date of first visit for this symptom:

-4) Any other disease or infirmity affecting present condition?　Yes / No

-5) Any known past treatment for this sickness / injury before?　Yes / No

-6) Is this symptom related to dental disease or pregnancy / miscarriage?　Yes / No

-7) Continuous treatment for chronic disease?　Yes / No

1st visit :　/　/ 20　　2nd visit:　/　/ 20　　3rd visit:　/　/ 20

Signature: _____　Signature: _____　Signature: _____

Please kindly send this document with your invoice to Prestige International UK Ltd.
Suite A, 9th Floor, Corinthian House, 17 Lansdowne Road, Croydon, Surrey CR0 2BX, UK
TEL: +44-20-8603-5854 FAX: +44-20-8686-7591