

## 総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書

賠償用

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 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「個人情報の取扱いについて」とおり取得、利用、提供することに同意します。

## 1 保険金を請求される方(保険金請求者)

		証券番号 (加入者番号)	
〒 -	ご住所	ご連絡先 Tel ( - - ) 日中のご連絡先 ( - - )	
フリガナ		被保険者 (証券記載の本人) とのご関係	親権者 ( ) 後見人 ( ) その他 ( )
お名前	印		

## 2 賠償事故を起こした方

フリガナ		被保険者 (証券記載の本人) とのご関係	本人 ( ) その他 ( )
お名前		施設・学校・ 団体名	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	Tel ( - - )	
担当者名		メールアドレス @	

## 3 他社のご契約

- ご請求可能な他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	保険の種類	証券番号	保険金請求の有無	保険会社の連絡先
			あり ( ) なし ( )	- -
			あり ( ) なし ( )	- -

## 4 保険金支払先

- 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ご希望の支払先を ○で囲んでください	<input type="radio"/> 以下の口座	<input type="radio"/> 保険料振替口座	<input type="radio"/> 相手方指定の口座	▶ 口座欄のご記入は不要です。
	銀行 ( ) JA ( ) 信用金庫 ( ) 信用組合 ( )	支店	ゆうちょ銀行 ( )	
	店番号	口座番号	記号	番号
<input type="radio"/> 普通・総合 <input type="radio"/> 当座			1 0	
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください				
ご住所	〒 -	① 「1.保険金を請求される方(保険金請求者)」と同じ	② 見積書等に記載のとおり	③ 以下の住所
お名前		① 「1.保険金を請求される方(保険金請求者)」と同じ	② 見積書等に記載のとおり	③ 以下のとおり
		Tel		

次項へ続く



裏面も忘れずにご記入ください。

代理店  
受付日

年 月 日

保険会社  
受付日

## 5 事故の状況

いつ起こりましたか	20	年	月	日	<input checked="" type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後	時	分頃
どこで起こりましたか	<input checked="" type="radio"/> ① 施設・学校内 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 作業所 <input type="checkbox"/> その他( )						
	<input checked="" type="radio"/> ② その他( )						
何をしているとき起こりましたか	<input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴時間 <input type="checkbox"/> 作業中 <input type="checkbox"/> 自由時間 <input type="checkbox"/> その他( )						
どのような原因で起こりましたか	<input type="checkbox"/> 不穏(パニック) <input type="checkbox"/> こだわり行動 <input type="checkbox"/> その他( )						
事故状況を具体的に記入下さい							
そのときどなたか近くにいましたか <input type="checkbox"/> 保険金請求者 <input type="checkbox"/> 学校・施設職員 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし・不明							

## 6 事故により発生した損害

被害者	ご住所	〒 -					
	お名前			電話番号	- -		
賠償事故を起こした人との関係 <input type="checkbox"/> 学校・施設 <input type="checkbox"/> 学校・施設職員 <input type="checkbox"/> 学校・施設利用者 <input type="checkbox"/> その他( )							
物損害	所有者	<input type="checkbox"/> 上記被害者に同じ <input type="checkbox"/> その他( )					
	品名	<input type="checkbox"/> ガラス <input type="checkbox"/> 壁・床 <input type="checkbox"/> トイレ(壁・床を除く) <input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> 車両 <input type="checkbox"/> その他( )					
	壊れたものは修理ができる状態ですか	<input checked="" type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ					
	壊れたものはいつ頃、その当時いくらで購入されたものですか (建物の壁やガラスの場合はご確認不要です)	購入年月			年	月頃	
		購入価格					
人身損害	部位・症状	病院名			Tel( - - )		
その他	内容				損害額	円	
相手からどのような要望がありますか また、あなたはどのような補償を申し出ていますか							

### 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: <https://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)