

アクサダイレクトのペット保険 治療費用保険金請求書兼医療照会同意書 本紙は保険金の請求を行うための必須書類です。

アクサ損害保険株式会社 御中

下記記載内容が事実と相違ないことを確認し、下記保険証券の約款・条件に基づき保険金を請求します。また本保険金請求に関する私の個人情報を、貴社が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いたします。

1. 保険契約の履行（損害調査、保険金の支払拒否、支払保険金の算定など）・保険引受の判断・付帯サービスの提供のために、保険事故の関係者（動物病院等医療機関、修理業者、損害保険会社、少額短期保険会社、共済、保険事故の当事者等）・業務委託先（保険代理店、調査会社等）・その他必要な関係先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があること。
2. 保険制度の健全な運営のために、(社)日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、(社)日本少額短期保険協会が制度運営する支払情報交換制度、他の保険会社・共済等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. 貴社が、再保険金の受領のために再保険引受会社*に個人情報提供を行う場合があること（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含む）。

*「再保険引受会社」には国外の再保険会社も含まれます。

1 契約内容

ご契約の内容についてご確認ください。

証番号	被保険動物	ペット名:	生年月日: *****	種別: ***	性別: ***
記名被保険者	ご住所	品 種: *****	マイクロチップID: *****		
ご氏名	保険期間	*****年 **月 **日から *****年 **月 **日まで			
補償されない身体障害	疾病における待機期間	この期間内に診療を開始した疾病については、 保険金は支払われませんのでご注意ください。 ガン以外の: 疾病の場合: *****年 **月 **日まで ガンの場合: *****年 **月 **日まで			
特定傷病補償対象外特約付帯の傷病名					
その他					
・保険期間の始期前において発生していた身体障害 ・前保険契約における先天(遺伝)的または発達異常に起因する傷病・その他、約款に定める傷病					

動物病院様ご記入欄

- 文書作成費用等はお客様の自己負担となります。
- 診療明細書に傷病名と初診日の両方のご記載がある場合や、前回ご請求された疾患に対する継続治療の場合はご省略いただけます。(同一動物病院様での診療に限ります。)

2 動物病院様へご記入を依頼してください。

■ 診療明細兼領収書を発行されている病院様
本紙の下記、診断名・初診日・ご署名欄のみご記入ください。

■ 領収書(診療明細なし)を発行されている病院様
本紙ではなく、別紙の診療明細記入書へご記入ください。

診断名 または 症状名	1つ目の傷病(症状)名	複数の症状を同時に 診療された場合は 右の欄にご記入ください。 ご記入がない傷病に対する治療費は お支払いできない場合がございますので ご注意ください。	2つ目の傷病(症状)名	3つ目の傷病(症状)名
上記傷病の初診日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
動物病院様 ご署名欄	動物病院名 住所 電話番号	記載年月日: 西暦 年 月 日	獣医師署名 (印)	

※初診日とは、毎回のご通院日ではなく、上記傷病の診療を開始した日を指します。
●領収書の発行がなく、明細書に領収の記載がない場合は領収印等の押印をお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。

被保険者様ご記入欄

3 保険金受取口座

保険金を受け取る口座をご記入ください。

※クレジットカード、銀行振込で保険料をお支払いの場合はご選択いただけません。

口座の指定	右のいずれかより振込先指定口座をお選びください。▶ ① 前回指定した口座 ② 保険料の振替口座※ ③ 下記口座(下記口座情報をご記入ください。)				
口座情報	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	普通・当座・貯蓄	口座名義人
	ゆうちょ銀行	通帳記号	支店コード	口座番号	フリガナ
	1	0	通帳番号	1	

【重要】以下の内容を必ずご確認くださいのうえ、ご署名、ご捺印をお願いいたします。

- 上記②の動物病院、今回提出した領収書・診療明細書の動物病院および契約時に告知した動物病院へ私の個人情報を提供し、保険金支払いに必要な情報を取得すること、またはそれらの動物病院より過去に治療を受けたほかの動物病院についての情報提供があった場合は、その動物病院に対しても同様に照会することに同意いたします。
- 新しい保険料制度(※)を理解のうえ、保険金を請求いたします。
- ※2020年9月1日以降始期日分のご契約に関しては、保険金が支払われた時期に応じ、翌年または翌々年契約の基本保険料に対し、5%の割増が適用されます。なお、保険金のお支払いがない場合は、5%の割引が適用されます。詳細は重要事項説明書または当社ホームページをご覧ください。
- ※賠償責任危険保障特約でのお支払いは新しい保険料制度の対象外です。

4 他の保険契約

今回の治療費についてご請求可能な他社の保険契約がある場合はその会社名と証券番号をご記入ください。

5 被保険者 署名捺印欄

※ご署名、ご捺印がない場合は、お支払い手続きが出来ませんので、ご注意ください。

保険会社(共済)	証券(共済)番号	ご請求日(ご署名日): 西暦 年 月 日
		被保険者氏名 (印)

保険会社 支払額	円	保険会社 承認者	担当者
送付先	〒780-0053 高知県高知市駅前町3-20 ジブラルタ生命高知ビル6階 アクサ損害保険株式会社 ペット保険 保険金請求係 0120-800-044(9:00~17:00) (土・日・祝日および年末年始を除く)		