

ロードサービス費用補償保険 保険金請求書

チケットガード少額短期保険株式会社 御中

■ご請求者

氏名	様				
フリガナ	様				
性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	(西暦) 月 年 日	電話番号	
メールアドレス					
登録番号		車台番号			
住所	〒				

■保険契約情報

補償番号		保険者の名称	チケットガード少額短期保険株式会社		
症状					
発生日時	日付	時頃	発生場所		
補償期間	始期	から	終期	まで	

■保険金振込先金融機関情報

- ・ ゆうちょ銀行の「記号」「番号」ではお申込みいただけません。「支店コード(3桁)」+「口座番号(7桁)」に変換する必要があります。詳しくはゆうちょ銀行のホームページでご確認ください。
- ・ お申込みいただいた金融機関情報に誤りがある場合、当社からの保険金支払いが遅れる場合がございますのでご注意ください。

金融機関コード (数字)		※前に0をつけて4桁 [12]→[0012]	支店コード (数字)		※前に0をつけて3桁 [1]→[001]
金融機関名			支店名		
口座番号 (数字)			口座区分 (数字)	1:普通預金 2:当座預金 4:貯蓄預金 9:その他 いずれか	
口座名義人 (カタカナ)	※ご請求者ご本人名義の口座に限ります。				

■保険金請求情報

保険金種別 (どちらかにし)	費用明細 (タクシー代、レンタカー料金など)	利用日	ご請求金額	領収書の有無
<input type="checkbox"/> ロードサービス <input type="checkbox"/> 代替交通費用				
<input type="checkbox"/> ロードサービス <input type="checkbox"/> 代替交通費用				
<input type="checkbox"/> ロードサービス <input type="checkbox"/> 代替交通費用				
ご請求金額 合計				

※ご請求者のご署名をお願いします。

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、貴社に保険金を請求いたします。

- 重複保険がある場合
 - ・他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して求償することに同意します。
- 他の保険会社等への照会等
 - ・他の保険契約等がある場合、私は、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に求償するために必要な情報を提供すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また、貴社から提供を受け、利用することについて同意します。
- 個人情報の利用目的
 - ・当社およびアリアンツ・グローバルアシスタンス・ジャパン株式会社が、本保険契約および保険金請求に関する個人情報を、保険引受の判断、保険事故への対応、保険金の支払い(支払時情報交換制度への対応等を含む)および各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用することに同意します。

請求者署名: _____ (未成年者の場合は親権者) _____ 年 ____ 月 ____ 日

※封をする前に今一度下記の点をご確認ください。

- ・必要な署名はお忘れませんか？
- ・登録番号や車台番号は正確ですか？
- ・口座番号など、金融機関情報は正確ですか？
- ・金額や日付は正確ですか？

支払時情報交換制度

当社は、(社)日本少額短期保険協会、少額短期保険事業者および、特定の損害保険会社とともに保険金等のお支払または、保険契約の解除、取消し、もしくは無効の判断の参考とすることを目的として、保険契約に関する所定の情報を相互照会しております。支払時情報交換制度に参加している各少額短期保険会社等の社名につきましては、(社)日本少額短期保険協会ホームページ(<http://www.shougakutankijp>)をご参照ください。

チケットガード少額短期保険株式会社 御中

■ご請求者

氏名	品川 太郎 様				
フリガナ	シナガワ タロウ 様				
性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	(西暦) 1970 年 1 月 1 日	電話番号	03-XXXXXX-XXXXXX
メールアドレス	XXXX@XXXXX.ne.jp				
登録番号	品川XXXXX	車台番号	WWZZZ1NZ2KXXXXXX		
住所	〒140-0002 東京都品川区東品川4-12-8 品川シーサイドイーストタワー2階				

ご不明な場合は空欄で可

■保険契約情報

補償番号	RDXXXXXX	保険者の名称	チケットガード少額短期保険株式会社		
症状	急に減速、その後ハンドルが重くなり走行不能になった。			状況と症状について、詳しくご記入下さい。	
発生日時	日付 2016/05/13 (金) 0 時頃	発生場所	東京都港区高輪 高輪警察署前交差点付近路上		
補償期間	始期	から	終期	まで	

ご不明な場合は空欄で可

■保険金振込先金融機関情報

- ゆうちょ銀行の「記号」「番号」ではお申込みいただけません。「支店コード(3桁)」+「口座番号(7桁)」に変換する必要があります。詳しくはゆうちょ銀行のホームページでご確認ください。
- お申込みいただいた金融機関情報に誤りがある場合、当社からの保険金支払いが遅れる場合がございますのでご注意ください。

金融機関コード (数字)	1	2	3	4	※前に0をつけて4桁 [12]→[0012]	支店コード (数字)	1	2	3	※前に0をつけて3桁 [1]→[001]
金融機関名	品川信用金庫					支店名	東品川支店			
口座番号 (数字)	0	0	0	0	0	0	3	口座区分 (数字)	1	1:普通預金 2:当座預金 4:貯蓄預金 9:その他 いずれか
口座名義人 (カタカナ)	シナガワ タロウ									※ご請求者ご本人名義の口座に限ります。

■保険金請求情報

保険金種別 (どちらかにし)	費用明細 (タクシー代、レンタカー料金など)	利用日	ご請求金額	領収書の有無
<input checked="" type="checkbox"/> ロードサービス 代替交通費用	タクシー利用 (現場～自宅)	2016/5/13	2,080 円	有
<input type="checkbox"/> ロードサービス 代替交通費用				
<input type="checkbox"/> ロードサービス 代替交通費用				
<input type="checkbox"/> ロードサービス 代替交通費用				
ご請求金額 合計			2,080 円	

交通機関は利用区間がわかるように記入して下さい。公共交通機関以外は必ず領収書を添付して下さい。(特急券・タクシーを含む)

※ご請求者のご署名をお願いします。

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、貴社に保険金を請求いたします。

- 重複保険がある場合
 - 他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して求償することに同意します。
- 他の保険会社等への照会等
 - 他の保険契約がある場合、私は、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に求償するために必要な情報を提供すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また、貴社から提供を受け、利用することについて同意します。
- 個人情報の利用目的
 - 当社およびアリアンツ・グローバルアシスタンス・ジャパン株式会社が、本保険契約および保険金請求に関する個人情報を、保険引受の判断、保険事故への対応、保険金の支払い(支払時情報交換制度への対応等を含む)および各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用することに同意します。

請求者署名: 品川 太郎 (未成年者の場合は親権者) 2016 年 5 月 20 日

※封をする前に今一度下記の点をご確認ください。

- 必要な署名はお忘れませんか？
- 番号やIDは、保険金請求書のものとは合っていますか？
- 口座番号など、金融機関情報は正確ですか？
- 事由を証明する書類は、氏名や日付が正確ですか？

支払時情報交換制度

当社は、(社)日本少額短期保険協会、少額短期保険事業者および、特定の損害保険会社とともに保険金等のお支払または、保険契約の解除、取消し、もしくは無効の判断の参考とすることを目的として、保険契約に関する所定の情報を相互照会しております。支払時情報交換制度に参加している各少額短期保険会社等の社名につきましては、(社)日本少額短期保険協会ホームページ(<http://www.shougakutankij.jp>)をご参照ください。