

重要です。ご請求前に必ずご確認ください。 Please read important information below before submitting your claim.

- 領収書(原本)が添付されていますか?
一疾病(または一傷害)あたりの合計ご請求額が
HK\$3,000未満
HK\$3,000以上
- Are the original receipts attached?
The total claim amount per sickness/injury is
BELOW HK\$3,000
ABOVE HK\$3,000
- 領収書または本請求書には医師による傷病名の記載がありますか?
 医師による診断書の記入がありますか?
- Do you have an Attending physician's report of the diagnosis / condition of illness / injury on the original receipts or on this claim form?
 Did you ask your Attending Physician to fill the "Attending Physician's Statement"?

お客様の情報をご記入下さい。(Please complete the below information.)

※英文でご記入下さい。

被保険者名(患者名):
Insured Name:
(Patient Name)

Last Name: _____ First Name: _____

保険金請求者
=小切手の宛名(従業員名):
Claimant (Name of Employee):

お支払い小切手は香港の保険ご契約者(会社)様ご住所にお送り致します。
Payment cheque will be sent to contractor's address in Hong Kong

連絡先:
Telephone No.:

証券番号:
Policy No.:

ご契約会社名:
Contractor:

同一危険をカバーする他の保険契約の有無 (有・無)
Concurrent Insurance Contract Yes / No

上記 "有" の場合 If yes,

保険会社名:
Name of Insurer:

証券番号:
Policy No.:

【主な免責事項】 下記をお読み頂きご確認ください。

- ① 妊娠、出産、早産、流産に起因する医療処置および疾病
 - ② 歯科疾病
 - ③ 本保険加入以前からの病気、傷害(既往症)
 - ④ 事故日(傷害時)もしくは治療を開始した日(疾病時)から180日
経過後の治療費用
 - ⑤ 登録された医師(国によって異なります)以外の医師による治療費用
 - ⑥ 健康診断や各種検査のみの費用
 - ⑦ 予防接種に係る費用
 - ⑧ 自殺、闘争、犯罪行為、心神喪失により起因したのもの
- *詳細は保険約款をご参照ください。

Please note the following Major Exclusions.

1. Sickness resulting from pregnancy, childbirth, premature birth or miscarriage
 2. Dental Disease
 3. Pre-existing Physical Suffering or Disease
 4. Medical expenses incurred after 180 days from the first day of treatment (in case of sickness) or the date of accident (in case of injury)
 5. Medical treatment received by a doctor other than a Registered Medical Practitioner.
 6. Routine medical check-up, check-up or consultation without sickness involved.
 7. Vaccination (including consultation fees)
 8. Suicide or attempt threat, criminal act or insanity of the insured
- *Please refer to the policy wordings for further details.

病气やケガの状況を詳しくご記入下さい。(Please fill in the condition of sickness/injury.)

① 症状が現れた日またはケガをされた日時と場所: (When did the symptom appear? When and where the accident happen?)

日付Date: _____ (YYYY) _____ (MM) _____ (DD) 時間Time: _____ 場所Place: _____

② どのような症状または状況でしたか? (病气の場合は症状について、ケガの場合は場所や事故の状況についてご記入下さい。)
Please describe the symptom of sickness. In case of injury, please describe the circumstances of the accident.

同意書 AUTHORIZATION AND DECLARATION

私は東京海上(香港)又はその指定する者(以下貴社)が保険金支払いに必要な範囲で、私の医療情報を取得・利用することに同意します。医療機関が私の医療情報を貴社に提供する事、および貴社が私の保険請求に関する事項を医療機関に開示する事を承認します。重複保険がある場合、私は貴社を代理人と定め本事故につき他の保険契約にかかる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。私の保険契約および保険金請求に関する事項を、他の保険会社等に照会し、また情報を開示することに同意します。私は本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また、上記を同意し、保険金を請求いたします。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I hereby authorize The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd. or its authorized representative (hereinafter called "the company") to handle any and all information for claims settlement. I hereby authorize hospital, physician or other person who has attended or examined me to furnish to the company any and all information with respect to my injury, sickness or treatment as well as copies of all hospital or medical records. Also I authorize the company to disclose my personal/medical information in connection with my insurance claim to the party concerned. In case there is/are concurrent insurance policy/policies covering the same risk, I hereby appoint the company my true and lawful representative to claim and receive insurance money regarding the loss herein mentioned. I hereby authorize the company to make inquiry and/or disclose my personal/medical information to any other insurer etc. on any matters in connection with the insurance policy/policies and/or the insurance claim relating to myself.

I hereby make a claim for insurance benefits, by confirming the accuracy of the contents hereof and also by agreeing to the matters mentioned above.

A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

日付の記入とご署名をお願いします。(Please sign and date below.)

被保険者のご署名:
Signature of Insured:

ご請求日 Date of Claim:

お子様の場合は親権者または後見者の方がご署名下さい。 If an Insured is a child, parents or guardians' signature is required.

一疾病、一傷害の合計ご請求額がHK\$3,000未満の場合

医師に傷病名の記入をお願いして下さい。(領収書に医師による傷病名の記載がある場合は不要です。)

Please ask Attending physician to fill the below column (if diagnosis of illness / injury is not written on the receipt) when your total claim amount per sickness/injury is below HK\$3,000.

傷病名 Diagnosis of Illness or Injury
担当医署名または記名捺印 Signature or Stamp of Attending Physician

一疾病、一傷害の合計ご請求額がHK\$3,000以上の場合

医師から診断書を必ずお取り付け下さい。

Please ask Attending Physician to fill the below "Attending Physician's Statement" if total claim amount per sickness/injury is over HK\$3,000.

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 主診醫生診斷書

(1)	Name of Patient 病人姓名: (患者氏名)
(2)	Surgical procedure 手術 (手術について) Date of operation 手術日期: (手術日) _____ Name of the procedure 手術名稱: (手術名) _____
(3)	Chief complaints of the patient relating to this hospitalization/surgery 此次住院/手術的主要病因: (今回の入院・手術の原因となった傷病名)
(4)	Diagnosis of conditions 診断: (傷病名)
(5)	Date of the accident occurred or symptom first appeared 首次出現病徵日期或意外發生日期: (事故日もしくは症状が現れた日)
(6)	Date of first consultation of this condition or related illness 病人首次求診日期: (今回の病気または今回に関連する病気の初診日)
(7)	To the best of your knowledge, has the patient ever had the same or similar conditions or symptoms relating thereto? 如閣下所知, 病人以前曾否患有同類病況? (認識されている範囲で、当該傷病に影響のある病気、症状(既往症)がありますか? No 否 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> If yes, please state dates and describe 請說明何時及當時情況: (既往症有りの場合、初診日と傷病名、治療期間などご記入下さい。)
(8)	Is the patient referred by another doctor? 病人是否經其他醫生轉介? (前医、紹介医の有無) No 否 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> If yes, name and address of the referral doctor 轉介醫生的姓名和地址 (医師名、医療機関名、所在地などお分かりになる範囲でご記入下さい。)
Address 地址: (住所) _____ Telephone 電話: (電話番号) _____ Signature of Attending Physician 主診醫生簽名 _____ (担当医署名 または記名捺印) Date 日期: (日付) _____	

<保険金のお支払い案内> 弊社は、ご契約者、保険金お支払先にお支払い内容をご通知させていただきます。

<Notification of Payment> The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd. may notify party insuring or beneficiary of the details of claims settlement.

<個人情報のご利用目的> 弊社は、及び東京海上グループ各社は、お客様の個人情報を、保険引受の判断、保険事故への対応、保険のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

<Purpose to handle your personal information> The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd. and each company of the Tokio Marine Group use your personal information for underwriting, claim handling, and other insurance services that we provide.