家庭動物保険金請求書兼 一括委任状 同意書

保険金請求お問い合わせ番	
証券番号	

PS保険（ペットメディカルサポート株式会社） 御中

保険金を請求します。つきましては、下記支払図によりお支払ください。
下記「お客さまに関する情報の取扱い」の記載事項を確認し、保険金支払い等に必要な範囲において、個人情報の取得・利用・提供および登録を行うことに同意します。
保険金を請求する場合は貴社がペットのケガ・病気の程度、治療内容等について病院に対して照会し記録簿等を取り付けることに同意します。

① 請求日（この請求書を記載した日）をご記入ください

※ボールペンまたはサインペンでご記入ください。

平成 西暦 年 月 日

必ずご記入ください。
訂正される場合には、ご請求者印でご訂正ください（他の項目も同様です）。

② 保険金を請求される方（被保険者）のご記名、ご捺印をお願いします

フリガナ	日中連絡先TEL
（お名前） 印	（ ）

必ず保険金を請求される本人がご記入・ご捺印ください。（未成年の方は請求できません）。
日中のご連絡先（電話番号）をご記入下さい。

③ ペットちゃんのお名前と生年月日をご記入ください

ペット名	生年月日 平成 西暦 年 月 日

必ずご記入ください。
誤って記入されますと保険金のお支払いに時間がかかるケースがありますのでご注意ください。

④ 保険金の振込口座をご記入ください

（ご希望の支払方法にチェック✔してください）

☐ 保険料引落し口座へ支払ってください
☐ 下記の口座へ支払ってください

※ 保険料クレジットカード払いの方は必ず振込口座をご記入下さい。

銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	店番	普通・総合 当座
口座番号 左詰めでご記入下さい	口座名義（カタカナ）		

必ずいずれかにチェック✔をお願いします。
※被保険者以外の方の口座は指定できません

保険金引落し口座以外への振込を希望される場合には、保険金を請求される方の口座をご記入ください。

⑤ 他のペット保険をご契約されている場合は必ず ※ご記入ください。

会社名	証券番号	商品名

※
弊社は保険金支払い時に他のペット保険会社への契約照会を行っております。

⑥ 傷病の発生時をご記入ください

疾病が発生した日 または ケガをした日	平成 西暦 年 月 日 午前 午後 時 分ごろ

必ずご記入ください。
病気やケガに気付いた日にちをご記入ください。
同一の傷病で追加請求される場合もご記入ください。

⑦ 同封いただいた 動物病院発行の領収書 ※ の枚数をご記入下さい。

枚

※「診療費明細書」、「計算書」などと記載されている場合を含みます

⑧ 傷病の状況について 下記の事項を出来るだけ詳しく ご記入ください

① 傷病名 ② 病院へ行かれた時の状況 ③ 治療や検査の内容

※同一の傷病で追加請求をされている場合で、傷病名や治療内容などに変化があった場合にはその内容をご記入ください。

④今後の治療予定の有無
※継続治療が確定している場合のみ「有」に○をつけてください 有 無

お客さまに関する情報の取り扱い

1. 弊社がお客さまからお預かりした情報は、保険金の円滑なお支払のために調査に利用させていただきます。
2. 弊社は、お客様からのお預かりした情報を「個人情報の保護に関する法律」その他法令等で認められた範囲内で第三者に提供することがあります。
3. 弊社は、①から④までに、お客さまからお預かりした情報を下記①～③に該当する第三者に提供することがあります。
   ① 前記 1. の範囲における弊社グループ会社・提携先企業への提供。
   ② 保険金の適正および迅速な支払のための関係者（医療機関）への提供。
   ③ 保険制度の健全は運営を確保するため、または不正な保険金請求を防止するために保険会社の間で確認・共用
4. 詳細は弊社ホームページ（http://www.pshoken.co.jp）をご覧いただくか弊社社員に問い合わせください。

会社整理欄

承認印	査定印	初動検印	受付印