

# E-Care Healthcare Plan



Direct Settlement Claim Form 直接精算(キャッシュレスサービス)用紙

Please complete all the sections in English and hand it over to reception.

全箇所を英語でご記入の上、レセプションにお渡し下さい。

## Section 1 - Policyholder / Patient Details 患者の詳細

Title タイトル	Firstname 名	Surname 姓	Date of Birth 生年月日 DD / MM / YYYY
Membership Number メンバーシップ番号		Scheme Code スキーム番号	

## Section 2 - Medical Details 診療詳細

Please provide us the following information 下記情報をご記入下さい

A full description of your medical condition which requires treatment 今回治療が必要とされる病気の症状をご記入下さい。	Please advise us of the date when you first started to experience a problem with this condition. 何時頃から症状が出始めたのかを教えてください。 DD / MM / YYYY
Please state the name of the doctor you are consulting with and the date of the first consultation for your condition. 担当医のお名前、また初診日をご記入下さい。 Physician's name 担当医のお名前: Initial Consultation 初診日: DD / MM / YYYY	

## Section 3 - Declaration - Patient Signature & Release 宣誓書 - 患者の署名 & 情報公開

I declare that to the best of my knowledge and belief the statements made on this form are true and complete. I understand that if this claim is found to be fraudulent in whole or part my membership will be cancelled immediately and I will be liable for prosecution.

I shall be liable for any medical expenses if the disease (injury) described herein should not be within the scope of insurance coverage. A photostatic of this authorization shall be considered as effective as the original.

私は、上記記述が真実に基づき、誤りがないことを証明します。もし全て、また一部分に不正があった場合、私のメンバーシップは即キャンセルされ、起訴される責任を負います。

同時に万が一この疾病(傷害)が保険対照とならない場合は、治療費用に対する責任は全て私が負います。尚、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。

**Data Protection Notice** - Europ Assistance implements strict controls over electronic data and manual personal data. The confidentiality of member information is of paramount concern to us and we fully comply with European Data Legislation and International Confidentiality Guidelines. You have a right to access the personal data that is held about you. You also have the right to request that we amend any information which you believe is inaccurate or out-of-date. Please read this declaration before signing this claim form to understand how your data may be processed.

I consent to the processing of my personal data by the Europ Assistance or any other member of the Europ Assistance Group supplied by myself as long as this processing relates to administering my health insurance policy, underwriting, handling and settling of claims, detecting, preventing and suppressing of fraud and the keeping of statistics.

I authorise Europ Assistance or any other member of the Europ Assistance Group to seek any medical information relating to myself or my dependants. I also authorise any doctor, dentist, hospital, laboratory and any other provider of healthcare, medical or dental services to provide full medical information relating to myself or my dependants in accordance with the Access to Medical Reports Act or other similar legislation.

**データ保護法通知** - ヨーロッパアシスタンスでは、電子データ、またマニュアルの個人データへの厳重な管理を実施しています。メンバーの情報に関する秘密性は、私達にとって最も関心の高いことであり、私達は「ヨーロッパデータ法」と「国際的なコンプライアンスガイドライン」に従っています。あなたには、私達が保有しているあなたに関する個人情報にアクセスする権利があります。あなたは、それらの情報が間違っていたり、アップデートされていない場合、訂正することを要求できます。あなたの個人情報がどのようにプロセスされるかを理解する為、このフォームに署名する前に宣誓書を読んで下さい。

私は、私によって提供された個人情報が、私の医療保険契約、保険引き受け、クレーム処理、不正防止と抑制、また統計維持を管理する為にプロセスされるのであれば、私の個人情報がヨーロッパアシスタンス、もしくはその他のヨーロッパアシスタンス・グループメンバーによってプロセスされることに同意します。

私は、ヨーロッパアシスタンス、もしくはその他のヨーロッパアシスタンス・グループメンバーが私、もしくは私の扶養家族に関する医療情報を取得することに同意します。また、私は、「メディカル・レポートへのアクセス」、もしくはその他の類似する法律の権利に従って、医師、歯科医、病院、ラボラトリー、またその他のヘルスケア、医療、もしくはデンタル・サービスが、私、もしくは私の扶養家族に関する医療情報を提供することに同意します。

\*Patient's Signature  
Parent/Guardian if under 18 years old

Date DD / MM / YYYY