

カンガルー保険(全員加入制度) [1]事故報告書 [2]在籍証明書 兼 事故証明書

下記の事故が発生しましたので、在籍証明・事故証明をするとともに事故報告いたします。 () 内を記載のうえ FAX ください。

※(株)損害保険ジャパン及び(株)第一成和事務所(以下、両社といいます。)が本保険金請求に関する個人情報、本契約の履行、保険引受支払いの判断、付帯サービスの提供を行うために、下記①～③まで、その他業務上必要とする範囲で取得・利用・提供または登録することに加入者(被保険者)が同意していることを確認済です。

①両社が上記業務のために、業務委託先、医療機関、修理業者、保険金請求・支払に関する関係先、事故に関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

②(株)損害保険ジャパンが保険金制度の健全な運営のために、(社)日本損害保険協会、他の損害保険会社、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(株)損害保険ジャパンが再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含む)があること。

※賠償責任保険事故については、次のとおり通知いたします。また、私は本件事故について、損害を受けた財物の所有者・被害者(以下、「相手方」といいます。)の個人情報の取扱いについて当事者間で以下の事項に合意していることを通知いたします。

①貴社が保険金の支払い、支払いの判断のために、相手方の個人情報を取得、利用すること。

②貴社が上記①の利用目的のために、業務委託先(保険代理店を含む)、医療機関、修理業者、本件事故に関する関係先等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

【1】事故報告書		報告日 (FAX送信日)	平成 年 月 日	学校園名
事故 担当者名	事故担当者 連絡先	TEL	FAX	
ご加入制度 ご加入の場合のみ □内に支(チェック) を入れてください。	〈1〉 幼児・児童・生徒・教職員 総合補償制度 <input type="checkbox"/> S: 24時間補償 <input type="checkbox"/> A: 24時間補償 <input type="checkbox"/> B: 学校管理下中のみ補償 〈2〉 犯罪被害事故 見舞補償制度 <input type="checkbox"/> A: 3,000万円限度 <input type="checkbox"/> B: 1,500万円限度 <input type="checkbox"/> C: 1,000万円限度 <input type="checkbox"/> D: 500万円限度 〈3〉 PTA活動総合補償制度 <input type="checkbox"/> Aプラン <input type="checkbox"/> Bプラン <input type="checkbox"/> Cプラン			
被保険者 (保険金請求者)	氏名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 幼児・児童・生徒 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 教職員	
	連絡先	〒 住所	TEL	
	生年月日	年 月 日		
事故の内容	発生日時	平成 年 月 日	時頃(※24時間制)	
		<input type="checkbox"/> 学校管理下中 <input type="checkbox"/> 学校管理下“以外” <input type="checkbox"/> PTA活動中		
	場 所			
		状況・内容(※できるだけ詳しくご記載ください)		
	<input type="checkbox"/> 傷害事故の場合			
	ケガの内容		治癒見込み	入院 日・通院 日
	医療機関	病院名	所在地 TEL	
	<input type="checkbox"/> 賠償事故の場合			
	相手方氏名	フリガナ	損害見込み	千円
	住 所			
	電 話			

【2〈1〉〈2〉】在籍証明書 兼 事故証明書

〈1〉幼児・児童・生徒総合補償制度 〈2〉犯罪被害事故見舞補償制度 に請求する際に記名・捺印

■上記被保険者は当学校園に在籍する幼児・児童・生徒であることを証明する。

□(※)上記被保険者に関わる事故は学校管理下中に発生したことを証明する。

※〈1〉Bの“学校管理下中のみ”補償型にご加入の場合のみ□内に✓(チェック)を入れてください。

学校園名	学校園長名
------	-------

【2〈3〉】在籍証明書 兼 事故証明書

〈3〉PTA活動総合補償制度に請求する際に記名・捺印

■上記被保険者は、当PTAの会員であることを証明する。

■上記被保険者に関わる事故は、PTA活動中の事故であることを証明する。

学校園名 PTA会名	PTA会長名
---------------	--------