

SI-S

LR・CLR・傷害総合用(+普通傷害)

110200

高知県学校生活協同組合 (FAX : 088-845-1981) 御中 經由

明治安田損害保険株式会社 傷害保険サービスグループ 行

ご担当者 様

事故連絡票 (FAX 03-3257-3288)

TEL - -

FAX - -

※該当する項目に☑をお願いします。 ※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。 受付日 5.平成 年 月 日

| | | | | | |
|-----|-------------|------|-------------------|-----|---------|
| 団体名 | 高知県学校生活協同組合 | 団体番号 | 91-25100-9-000000 | 商品名 | 青年アクティブ |
| | | | - | | - |

| | | | | | |
|-------|------|----------------------------------|--|------|--|
| 加入者本人 | 現住所 | 〒 | | 都道府県 | |
| | フリガナ | ※姓と名の間に1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。 | | | |
| | 氏名 | 様 | | | |

| | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|
| 日中連絡先TEL | | | | | |
| 自宅TEL | | | | | |
| 勤務先TEL | | | | | |

| | | | | | |
|-------------|------------------------------|----------------------------------|------|---|---|
| 被保険者(補償対象者) | フリガナ | ※姓と名の間に1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。 | | | |
| | 氏名 | 様 | | | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 1.男 | <input type="checkbox"/> 5.女 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 5.平成 | <input type="checkbox"/> 2.大正 <input type="checkbox"/> 1.明治 |

被保険者番号 0000 - 保険期間 平成 年 月 1日から1年間

請求者 被保険者との続柄 1.本人 2.親権者 3.法定相続人 9.その他() 1以外の場合、氏名:

事故日 5.平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃

事故場所 都道府県 1.自宅内 自宅外

事故の原因状況 事故証明書: 有(証明者) 無

請求項目 01.死亡 02.後遺障害 03.入院 04.通院 07.手術 20.物損 30.賠償 32.レンタル賠償 40.キャンセル費用 その他()

他契約 1.有 5.無・不明 有の場合 会社名 保険の種類 証券番号

※けがをされた場合、以下をご記入ください。

傷病名 死亡の場合 死亡日 5.平成 年 月 日

※該当のケガの部位・態様に☑をしてください。複数ある場合は、最も重い部位・態様のみ☑してください。

傷害部位 10.頭 15.顔 20.首・頸 25.肩 30.胸・腹 35.背・腰・臀部 40.腕 45.手指 50.脚 55.足指 60.臓器 99.その他()

傷害態様 A1.骨折・脱臼 B1.打撲 B2.捻挫 B3.挫傷 B4.擦り傷 D1.切断・欠損 E1.切傷・挫創 F1.筋・腱・神経・半月板損傷・靭帯損傷 G1.血腫・内出血 H1.臓器破裂 J1.火傷 99.その他()

手術 無 有() 固定具 無 有()

初診日 5.平成 年 月 日 治療見込 入院 週間 / 通院 週間

医療機関 名称 1.病院 2.接(整)骨院 電話番号 - -

※ご自分の物の損害によるご請求の場合、以下をご記入ください。

| 損害品区分 | 損害品名 | 購入金額 | 購入年月 | 修理代 | 損害区分 |
|----------|------|------|------|-----|--------------------------------|
| 1.身の回り品 | | 千円 | 年 月 | 千円 | 1.破損(A.現物有 B.写真有) 20.盗難 99.その他 |
| 2.現金・乗車券 | | 千円 | | | 1.破損(A.現物有 B.写真有) 20.盗難 99.その他 |

※他人の身体や財物に損害を与えた場合は、以下をご記入ください。

当事者 氏名 男・女 生年月日 昭和 平成 大正 明治 年 月 日 加入者との関係 1.本人 2.配偶者 3.その他親族()

相手先 氏名 男・女 生年月日 昭和 平成 大正 明治 年 月 日

損害内容 1.対人 2.対物 3.両方 損害品 損害額見込 千円 傷病名 全治 週間

【会社使用欄】 保険会社 明治安田生命 代理店 K1102-14.04 受付欄