

団体総合補償制度費用保険 事故通知書兼保険金請求書(被補償者直接払い用)

〒980-0811 宮城県仙台市青葉区一番町1丁目9番1号 仙台トラストタワー11階
送付先: Chubb損害保険株式会社 保険金カスタマーセンター傷害保険課

弊社整理番号

報告先: NPO法人加古川総合スポーツクラブ FAX: 079-456-4343

(事故日から30日以内に①の事故通知欄にご記入の上左記へお送りください。)

下記保険契約者の災害補償規定の補償対象となる傷害を被りましたので、保険契約者の確認を得たうえで、事故通知欄に記載のとおり報告します。裏面の個人情報取り扱い事項に同意の上、保険金を請求します。保険金は下記保険金支払指図欄の通りお支払い下さい。なお、本件請求に関連して貴社が必要とする情報または資料について貴社またはその代理人が病院、医師その他の関係諸機関へ照会をすることを承諾します。なお、本書写しも本書と同じ効力があることも了承します。 報告日: 令和 年 月 日

| | | |
|-----------|--|---|
| 報告者氏名: | 【★報告者の屋間の連絡先: () () ()】 | |
| 保険の種類 | 団体総合補償制度費用保険(WIZ) | 契約者確認欄 |
| 証券番号 | 812EB028196-4(大人会員) | 下記被補償者が、災害補償規定にもとづき直接貴社に請求することを承諾します。 (保険申込書に捺印した印を押印) |
| 保険期間 | 2022年4月1日 ~ 2023年3月31日 | |
| 契約者(被補償者) | 名称 特定非営利活動法人 加古川総合スポーツクラブ 理事長 福田幸夫 住所 兵庫県 加古川市 神野町 日岡苑 25番地 | |

| | | | | | |
|-----------|---------------------|-------------------------|---------|-----------|----|
| ① 事故通知欄 | | FAXで事故日から30日以内にお送りください。 | | | |
| 負傷者(被補償者) | 住所 | フリガナ _____ 〒 _____ | | | |
| | 氏名 | フリガナ _____ | 性別 | 年齢 | 職業 |
| 事故発生状況 | 発生日時: 令和 年 月 日 時 分頃 | FAX () | 電話番号と同じ | 場所: _____ | |

| | | | | | |
|--|-------------|---|-----------------------------|----------|------------|
| ② 保険金請求欄 | | ※傷病が治ったあと、ご記入、ご署名およびご捺印の上、Chubb保険までご郵送ください。 | | | |
| 保険金請求者(負傷者(被補償者)またはその親権者) | | 保険金支払指図欄(必ず通帳で確認してご記入ください) | | | |
| 契約者(被保険者)の事前の承認を得て、災害補償規程にもとづく補償金として、貴社に保険金を請求します。 | | 振込先口座 | 金融機関 | 銀行 信金 | フリガナ _____ |
| 請求日 令和 年 月 日 | フリガナ _____ | | 信組 農協 労金 | 支店 | _____ |
| ★屋間の連絡先: () | 負傷者との続柄 () | 種類 | <input type="checkbox"/> 普通 | 番号 | _____ |
| | | 名義人 | <input type="checkbox"/> 当座 | フリガナ(必ず) | _____ |

| | |
|--------------------|---|
| ③ 治療先・傷病名欄 | |
| 医療機関(治療された全ての医療機関) | ケガの名前 |
| Tel (- -) | ケガの部位 [具体的に。例: 左足首・右手親指など] () |
| Tel (- -) | ケガの状態 1骨折 2脱臼 3打撲 4捻挫 5切り傷 6欠損・切断 7やけど 8内出血 9破裂 10その他 () |
| Tel (- -) | 手術名 _____ 実施日 _____ |

| | | | |
|---|---|--|-----|
| ④ 入院状況申告欄 | | ※病院から取付ける必要はありません。ご自分でご記入ください。ただし、別途診断書の提出をお願いする場合があります。 | |
| 治癒状況 | 令和 年 月 日において | 治癒 | 治療中 |
| 入院状況 | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで()日間 | | |
| 通院状況 | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで()日間 | うち実際に通院した日数()日間 | |
| 通院日には○をつけてください。病医院などの診察券コピーおよびレシートコピーを添付してください。 | | | |
| ()月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | |
| ()月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | |
| ()月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | |
| ()月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | |
| ()月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | |
| ()月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | |
| 固定具の使用 | 1. ギプス 2. シーン 3. その他固定具の名称() 期間: 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | |