

事故通知書兼団体総合補償制度費用保険金請求書

静岡県高等学校体育連盟

FAX : 054-248-7071 (事故日から 30 日以内に ・ 事故通知欄にご記入の上、左記へお送りください。)

下記の大会・行事に参加中、静岡県高等学校体育連盟災害補償規程の補償対象となる身体障害を被りましたので、静岡県高体連事務局の確認を得た上で、事故報告欄に記載のとおり報告します。また、当保険金請求書添付の「弊社の個人情報お取り扱いについて」の内容に同意の上、保険金を請求します。

報告日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

報告者氏名			
保険の種類	団体総合補償制度費用保険(WIZ)行事参加者補償制度費用保険特約付帯	静岡県高体連事務局確認欄	
証券番号		競技種目	
保険期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 1 年間	被補償者区分 (ケガ・病気をされた方)	顧問・役員 係員 指導員 補助員
大会・行事名		下記被補償者が、災害補償規程にもとづき直接貴社に請求することを承認します。 (保険申込書に捺印した印を押印)	
(大会正式名称)			
契約者 (被保険者)	名称 静岡県高等学校体育連盟 住所 静岡県葵区長谷町66 県立静岡高等学校校内	印	

事故通知欄		* FAXで事故日から 30 日以内にお送りください。(は、記入不要です。)			
被補償者 (ケガ・病気をされた方)	住所	フリガナ _____			
		フリガナ _____	性別	年齢	学校名
	氏名	フリガナ _____	男・女	才	
事故発生状況	事故発生日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃	場所		
傷病名(疾病名)		後遺障害	有 ・ 無 ・ 未定		
病院名	_____ 担当医 _____	電話番号	_____ () _____		

保険金請求欄		* 傷病が治ったあと、ご記入、ご記名およびご捺印の上、損害サービスセンターへまでご郵送ください。																													
保険金請求者(被補償者)		保険金支払指図欄(必ず通帳で確認してご記入ください。)																													
連盟事務局(被保険者)の事前の承認を得て、静岡県高体連災害補償規程にもとづき補償金として、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 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			信組 農協 労金 _____ 支店 _____																												
フリガナ _____			種類	普通当座	番号	_____																									
氏名 _____		名義人	フリガナ _____																												
(被補償者本人以外の方が請求する場合は他の様式をご使用ください。)																															
病院名	_____ に記入した病院と同じ場合記入不要	電話番号	_____ () _____		担当医																										
ケガ又は病気の名称																															
ケガの部位	1頭部 2顔面 3頸部 4胸部 5腹部 6腰部 7上肢/手指[具体的に例:右親指](_____) 8下肢/足指 9臓器 10その他(_____)																														
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(_____)																														
入院状況申告欄		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。																													
治ゆ状況	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日において 治ゆ ・ 治療中 ・ 治療中止																														
入院状況	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで(_____)日間																														
通院状況	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から平成 _____ 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 - およびレントコピ - 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.シーネ 3.その他の固定具の名称(_____) 期間:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで																														

弊社の個人情報お取り扱いについて

(詳細については、当社ホームページ(<http://www.ace-insurance.co.jp>)をご覧ください。)

【利用目的】

保険金のご請求時に弊社が取得する個人情報(医療、所得等の情報を含みます)は、保険事故の調査(関係先への照会を含みます)、保険金のお支払い、統計資料の作成等のために利用致します。

【第三者提供】

主に以下の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供致しません。

- ・ 法令等に基づく場合
- ・ 人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき
- ・ 弊社業務の遂行上必要な範囲で、代理店を含む委託先に提供する場合
- ・ 損害保険会社等の間で共同利用を行う場合

L29 - 156