

FAX: 03-3344-5878

保育園総合保険制度 の事故通知書

今回発生した事故について、次のとおりでご連絡します。
また、本件事故について、損害を受けた財物の所有者・利用者等(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します。
1. 貴園が保険金のお支払い、お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. 貴園が上記1.の利用目的のために、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。

20 年 月 日

保育園名 (法人名※)	下記は管理下・勤務中にある間に生じた事故であり、事実に相違ないことを証明します。 (フリガナ)		ご担当者名 (ご役職)	
	※役員賠償に係る事故をご報告いただく際には、貴法人名をご記載ください。		電話	
保育園住所 (法人住所※)	〒		-	
	※役員賠償に係る事故をご報告いただく際には、貴法人住所をご記載ください。		加入者番号	
保険期間	20 年 月 日から1年間			
ご請求を希望されるプランのみチェックしてください。	<input type="checkbox"/> プラン1 保育園児等傷害保険 <input type="checkbox"/> プラン5 (オプション) クレーム対応費用保険 <input type="checkbox"/> プラン2 主催行事参加者傷害保険 <input type="checkbox"/> プラン6~9 各種賠償責任保険 (プラン5以外) <input type="checkbox"/> プラン3 自動車搭乗中傷害保険 (_____ 保険) <input type="checkbox"/> プラン4 保育園職員労災上乗せ保険 <input type="checkbox"/> プラン10 保育園動産 (什器・備品) 補償保険 <input type="checkbox"/> プラン5 保育園賠償責任保険 <input type="checkbox"/> お見舞金 (被害者対応費用補償) <input type="checkbox"/> 緊急広報対応、カウンセリング等			
	(保険会社使用欄) 証券番号:			
受傷者 (財物損壊の場合は財物の所有者)	ご氏名	(フリガナ)	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
			性別	男・女 受傷者が未成年責任無能力者の場合の保護者後見人等 (フリガナ)
	<input type="checkbox"/> 園児 <input type="checkbox"/> 学童 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 主催行事参加者 <input type="checkbox"/> 自動車搭乗			
	ご住所	〒	-	
	電話:	-		
事故の内容	事故日時	20 年 月 日 午前・午後 時頃	事故地	都・道・府・県
	原因概要	<input type="checkbox"/> 保育中 <input type="checkbox"/> 主催行事参加中 <input type="checkbox"/> その他 [_____]		
	原因詳細 (具体的にご記入ください。50字以内)			
(おケガをされた体の部位) *該当の部位に○印	頭 顔 眼 歯 首 肩 胸 腕 足 手指 足指 (左記以外)		(受傷の状態) *該当のところ全てに○印	
			1. 骨折 2. 捻挫 3. 打撲 4. 切り傷 (傷の長さ _____ cm) 5. 歯が折れる (乳歯 永久歯 _____ 本) 6. その他 (_____)	
傷病名(物品名)				
(病院名)	電話: - -		(治療内容)	
			①通院 無・有 ②入院 無・有 ③手術 無・有 → [手術名: _____]	
賠償請求の内容 プラン5~9をご請求希望の場合のみご記入ください	請求内容(例:治療費、交通費等)		賠償請求見込額	
			約 円	
他の保険などの契約状況	日本スポーツ振興センター・・・ <input checked="" type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない			
今後の連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 代理店	連絡先:	ご担当者名	希望時間帯 <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> 時頃

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度は、保育園総合保険制度にご加入いただきまして、厚くお礼申し上げます。

さて、保育園総合保険制度にご加入した証となる「**保育園総合保険制度加入証**」を送付させていただきます。つきましては、記載内容をご確認いただき、大切に保管くださいますよう、お願い申し上げます。

なお、同封書類として、万一の事故の際にご利用いただく以下の書類を送付させていただきますので、ご不明な点等がございましたら何なりとご照会ください。

敬具

《同封書類》

保育園総合保険制度加入証

保育園総合保険制度の事故通知書

傷害保険金請求書

保育業務従事者向け賠償責任保険加入証

- ・ ・ ・ 大切に保管ください。
- ・ ・ ・ 万一の事故の際は、ただちにこの用紙にてご通知ください。
- ・ ・ ・ 傷害保険(注)にご加入の保育園のみに送付しています。
(注) 保育園児等傷害保険・主催行事参加者傷害保険・自動車搭乗中傷害保険をいいます。
- ・ ・ ・ 「保育業務従事者向け賠償責任保険」にご加入の保育園のみに送付しています。全職員の皆様へお渡しください。

《事故の際のお手続きについて》

事故の際は、傷害事故・賠償責任事故を問わず、「**保育園総合保険制度の事故通知書**」に必要事項を記載のうえ、FAXにてご通知ください。

※事故の発生の日からその日を含めて30日以内にご通知がない場合は、保険金の全額または一部をお支払いできないことがあります。
※保険金請求権については時効(3年)がありますので、ご注意ください。

傷害保険について

ケガの治療が終了後、「**傷害保険金請求書**」にて保険金をご請求ください。

傷害保険以外(賠償責任保険等)について

事故のご通知をいただいた後、損保ジャパンより、今後の手続き等についてご連絡申し上げます。

【事故通知書送付(FAX)先】

損害保険ジャパン株式会社 団体保険金サービス第一課

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1 損保ジャパン本社ビル

TEL: 03-3349-5303 FAX: 03-3344-5878

※本制度に関する事故以外の一般的なお問合せにつきましては、パンフレット裏表紙記載のお問合せ先(募集代理店、取扱幹事代理店または損保ジャパン)までお問合せください。