

保育園総合保険制度 の事故通知書

年 月 日

今回発生した事故について、次のとおりご連絡します。
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。

保育園名 (法人名※) ※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。	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)		傷害保険金請求時に事故の内容等の記載を省略したい場合にこの捺印ください 	ご担当者名 (ご役職)		
	〒 -			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。	年 月 日から1年間		加入者番号			
	ご請求希望のプラン ※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2 主催行事参加者傷害保険 <input type="checkbox"/> プラン3 自動車搭乗中傷害保険 <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		<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6 個人情報漏えい対応保険 <input type="checkbox"/> 緊急時サポートサービス <input type="checkbox"/> プラン7 保育業務従事者向け賠償責任保険 <input type="checkbox"/> プラン8 雇用関連賠償責任保険 <input type="checkbox"/> プラン9 社会福祉法人向け役員賠償責任保険 <input type="checkbox"/> プラン10 保育園動産(什器・備品)補償保険 (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)	(フリガナ)	生年月日	T・S・H・R 年 月 日(歳)			
	ご氏名	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		事故場所 <input type="checkbox"/> 園内 <input type="checkbox"/> その他[]	
	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) <input type="checkbox"/> 別紙事故報告書のとおり(独自の報告書等を添付してください。)					
(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 腹 背 腰 でん部 (左・右)腕(手指以外)・(左・右)手指 [左記以外] (左・右)足(足指以外)・(左・右)足指		傷病名(物品名)		(受傷の状態) *該当のところ全てに○印 1.骨折 2.捻挫 3.脱臼 4.肉離れ 5.打撲 6.擦り傷 7.切り傷(傷の長さ____cm) 8.刺し傷 9.やけど 10.歯が折れる(乳歯 永久歯 ____本) 11.歯がずれる 12.歯が抜ける 13.その他()		
(病院名)		(治療期間の見込) ※分かる範囲でご記入ください。 ①通院 無・有 → 完治まで約()回の通院 ②入院 無・有 → 約()日の通院 ③手術 無・有 → [手術名:]				
賠償請求の有無	※いずれかに○印をつけてください。		請求内容(例:治療費、交通費等)		賠償請求見込額	
	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無			約 円	
他の保険などの契約状況	他の損害保険契約・・・加入している() 加入していない() (■会社名() 傷害() 労災() 賠償() 動総()) 日本スポーツ振興センター・・・加入している() 加入していない()					
今後の連絡先	<input type="radio"/> 保育園 <input type="radio"/> 代理店		連絡先: 希望時間帯 [] ~ [] 時頃			