

群馬県学校生活協同組合 経由

明治安田損害保険株式会社 傷害保険サービスグループ (FAX 0120-03-5318)

ご担当者様

TEL - -

FAX - -

事故連絡票

※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

Header information box containing group name (群馬県学校生活協同組合), group number (91-90086-3-000000), and insurance type (普通傷害保険).

Current residence information (現住所) with address and prefecture (都道府県).

加入者本人 (加入者本人) information including name (氏名), address (住所), and contact numbers (TEL).

被保険者 (被保険者) information including name (氏名), address (住所), gender (性別), and birth date (生年月日).

被保険者番号 (被保険者番号) and insurance period (保険期間).

請求者 (請求者) information including relationship to the insured (被保険者との続柄).

事故日 (事故日) information including date and time (午前・午後).

事故場所 (事故場所) information including location (都道府県) and type (1.自宅内, 2.自宅外).

事故の原因状況 (事故の原因状況) section with checkboxes for accident certificate (事故証明書) and witnesses (目撃者).

請求項目 (請求項目) section with checkboxes for various claims (01.死亡, 02.後遺障害, etc.).

他契約 (他契約) section with checkboxes for other insurance contracts (1.有, 5.無・不明).

傷病名 (傷病名) section with a field for the injury name and death date (死亡の場合).

※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 (傷害部位) section with checkboxes for injury locations (10.頭, 15.顔, 20.首・頸, etc.).

傷害態様 (傷害態様) section with checkboxes for injury types (A1.骨折・脱臼, B1.打撲, B2.捻挫, etc.).

手術 (手術) section with checkboxes for surgery (無, 有) and fixed devices (固定具).

初診日 (初診日) section with date and treatment type (入院, 通院).

医療機関 (医療機関) section with name, type (1.病院, 2.接(整)骨院), and phone number.

【会社使用欄】

Internal use box for insurance company (明治安田生命) and agent (代理店).