

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承します。 報告日:平成 年 月 日
報告者氏名: 【★報告者の昼間の連絡先: () () ()】

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	812EB045746-9(子供会員)	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	2024年4月1日～2025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 〒	屋間の連絡先 ()	FAX () 電話番号と同じ
	氏名	フリガナ	性別 男・女	年齢 才 職業
事故発生状況	発生日時: 年 月 日 時 分頃 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。 請求日 平成 年 月 日 フリガナ	振込先口座	金融機関 銀行 信金 信組 農協 労金	フリガナ 支店	
★屋間の連絡先: () 負傷者との続柄 ()	種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号	
	名義人	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)		
Tel (- -)	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 ()	
	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.シーネ 3.その他固定具の名称()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(www.chubb.com/jp)をご覧ください

① 【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、戸籍、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します。

② 【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しません。

・法令等に基づく場合

・人の生命、身体に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

・保険業務の遂行上必要な範囲で、保険代理店を含む委託先に提供する場合

・再保険会社へ契約および事故の情報を提供する場合

③ 【情報交換制度】 保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険金請求を防止するため、他の損害保険会

社等との間で個人データを共同利用することがあります。詳しくは（社）日本損害保険協会のホームページ

(<http://www.sonpo.or.jp>) をご覧ください。

上記事項に同意の上、保険金を請求します。