

事故通知書

(傷害・疾病・その他)

年 月 日

事故後できるだけ早く(30日以内)

(一財)運輸振興協会保険部(株式会社 運輸福泉会)宛へ いずれか1つで送付
メール添付: hoken@fukusenkai.co.jp FAX: 03-3221-8435 郵送: 本紙下部住所宛

保険加入者名(フリガナをご記入ください)

- a. 加入者名(職員名) (カナ:)
b. 被保険者=ケガ・病気をされた方 (カナ:)
..(加入者との続柄:)(加入者と同居・別居)(既婚・未婚) T・S・H・R 年 月 日生
c. 職員所属
d. 連絡先電話番号
(本件についてのお問合せ先) Tel (.....) (自宅・職場・携帯電話)

※ 賠償事故の場合は保険会社より電話で連絡をいたします。連絡がない場合は協会までお問合せください。

I. 団体傷害保険 該当事項に○印をつけ、1~5にご記入ください。

- (1) 団体傷害 (2) 自転車 (3) 疾病 (4) 親介護 (5) 長期給与補償 (6) ゴルファー
A死亡 B後遺障害 C入院 D通院 E賠償事故 F用具・携行品・家財の損害 Gその他

1. 受傷病名
2. 医療機関名・電話番号 Tel (.....)
3. 災害の状況等 (1) 日時 年 月 日 am./pm. 時 分頃
(2) 場所
(3) 状況(事故状況、疾病の場合は入院・手術までの経緯、損害品、賠償事故の相手氏名・連絡先等)
.....
.....
.....

4. 治療内容 入院 有 無 月 日 ~ 月 日 (.....日間)
通院 有 無 月 日 ~ 月 日 (.....日間)
手術 有 無 手術名 (.....)

5. 就業不能期間(長期給与補償保険の場合) 年 月 日 ~ 年 月 日

II. 保険金請求書送付先

(下記住所へ書類を送付いたしますので、必ずご記入ください。)

〒

◎ 本紙を受領後、所定の請求書類を送付いたします

* その他の保険 医療保険・グループ保険 / ガン保険 / 自動車保険

⇒これらの保険金・給付金の請求につきましては、ご本人様よりお電話でご連絡をお願いいたします。

記載いただきました個人情報の取扱いについて

次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供します。

- 保険契約の履行(損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等) 保険引受判断・各種サービスの提供等のために保険事故の関係者(修理業者、医療機関、保険会社・共済、保険事故の当事者等) 業務委託先(保険代理店を含む)、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- 保険金支払の健全な運営のために(一社)日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の保険会社・共済等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

代理店 MS1 登録の「保険金請求書類のご案内」書式番号「 」を使用して案内 請求書類: お客様から営業・SCへ