

19

## 事故受付票

加入通知書にて、貴園担当代理店をご確認ください。

《事故通知先》

(例)ゼンボ代理店 扱：専用受付FAX050-3385-7613へ事故受付票をFAXください。

上記以外の代理店 扱：貴園担当代理店にご連絡ください。

(代理店の皆様は担当の損害サービス拠点へご連絡ください)

## 事故受付票

〈個人情報の利用目的〉

事故受付票記載の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。また、安全啓発・制度普及活動を目的に、全私保連、園への情報提供を行うために利用させていただくことがあります。

東京海上日動火災保険株式会社 御中

20 年 月 日

|                                       |                                                                                                                     |                                     |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1. 事業内容                               | (どの業務中の事故か○をおつけください)<br>① 通常保育 ② 一時預かり・休日保育 ③ 1号認定子どもに関する事業<br>④ その他 ( )                                            |                                     |  |
| 2. 事故内容                               | (ご請求種類に○をおつけください) ※複数選択可<br>① 賠償事故(スポーツ振興センターの加入 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) ② 傷害事故 |                                     |  |
| 3. 事故発生日                              | 20 年 月 日 時頃                                                                                                         |                                     |  |
| 4. 事故発生場所                             |                                                                                                                     |                                     |  |
| 5. おケガをされた方<br>(賠償事故で対物事故<br>の場合は被害者) | (ふりがな)<br>(氏 名) (年 令) (性 別)<br>(住 所)                                                                                |                                     |  |
| 6. 会 員 園 コー ド                         | - ※ご加入内容確認のため必ずご記入ください。                                                                                             |                                     |  |
| 7. 事 故 状 況                            |                                                                                                                     |                                     |  |
| 8. ケ ガ の 内 容<br>(わかる範囲でご記入<br>ください)   | 治療期間<br>(見 込)                                                                                                       | (入 院) 日間<br>(通 院) 日間<br>医療機関名( )    |  |
| 9. そ の 他                              | (賠償事故で対物事故の場合は、破損した物の詳細をご記入ください)                                                                                    |                                     |  |
| 10. 保険金請求書類送付先<br>(○をおつけください)         | (1) 賠償事故                                                                                                            | ① 加入施設 ② その他 (下欄に記載ください)            |  |
|                                       | (2) 傷害事故                                                                                                            | ① 加入施設 ② おケガをされた方 ③ その他 (下欄に記載ください) |  |
| その他の場合の送付先<br>住 所<br>氏 名              |                                                                                                                     |                                     |  |

上記事故の発生したことを証明致します。

|        |                |        |              |  |
|--------|----------------|--------|--------------|--|
| 園 名    | もずめこども園        | 印      | 担当者名         |  |
| 住 所    | 京都府向日市物集女町南条65 | 電話番号   | 075-925-3838 |  |
| 営 業 店  |                | FAX 番号 | 075-925-3939 |  |
|        |                | 代理店名   | ブレントラスト      |  |
| 保険契約者名 | 公益社団法人全国私立保育連盟 |        |              |  |

※事故受付票をご提出いただく際は、あわせて加入依頼書の控もしくは加入通知書の控をご提出ください。