

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)

発行元：東京商事株式会社
WIZ総合型地域スポーツ専用補償プラン事故係

弊社事故整理番号

249

〒107-0052 東京都港区赤坂3-21-4 新日本ビル赤坂3F FAX：03-3588-1145

【契約者の方へ】事故発生日から30日以内に①の事故通知欄にご記入、契約者確認欄にご捺印の上、上記へFAXにてお送りください。

下記保険契約者の災害補償規程の補償対象者となる傷病を被るましたので、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。保険金は下記支払指図欄の通りお支払いください。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の照会を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知します。

【負傷者(被補償者)の方へ】傷病が治ったあと、①～④をご記入、ご署名およびご捺印の上、下記Chubb損害保険までご郵送ください。

〒980-0811 宮城県仙台市青葉区一番町1-9-1(仙台トラストタワー)
送付先：Chubb損害保険株式会社 保険金カスタマーセンター行

報告日： 年 月 日 報告者： 【★報告者の屋間の連絡先】

保険の種類	団体総合補償制度費用保険(WIZ)				契約者確認欄 下記被補償者が、直接貴社に請求することを承認します。 (保険申込書に捺印した印を押印) 印
証券番号	812EB 020446-3		整理番号		
保険期間	2021年4月1日 から 2022年3月31日				
契約者(被保険者)	名称	株式会社 Hampstead			
	住所	東京都品川区東品川1-2-5 リバーサイド品川港南ビル8F			
加入団体	名称	有限会社 学伸	TEL	0492485398	
	mail	ryo_hosoda_0327@yahoo.co.jp	FAX	0492938228	

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		
	氏名	フリガナ	性別	年齢	職業
		男・女	才		
事故発生状況	発生日時	年 月 日	分頃	開催場所	
部位	症状	(事故の詳細を下記にご記入ください)		カリキュラム	