

## PTA行事総合補償プラン事故報告書兼行事参加中証明書

【個人情報の取り扱いに関する事項】 ※詳しくは、パンフレットをご確認ください。

本件事故に関する個人情報の取り扱いについて、被保険者が下記の事項について同意を得ていることを通知します。

1. 損保ジャパンが保険金の支払い、支払いの判断のために、被保険者の個人情報を取得・利用すること。
2. 損保ジャパンが上記1. の利用目的のために、本件事故の関係先等に情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

### 1 事故の状況をご記入ください。

通知日	年 月 日	通知者	PTA担当者: TEL ( )	
証券番号		保険種目	PTA傷害	
学校名				
(お け が 被 保 険 者 を さ れ た 方 )	氏名	フリガナ		職業
	住所※	〒		TEL ( )
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日 ( 才 )	男 女
	被保険者の 対象	<input type="checkbox"/> 当校に在籍する生徒 <input type="checkbox"/> PTA会員(生徒の両親または教職員) <input type="checkbox"/> PTA会員(生徒の両親または教職員)の同居の親族 <input type="checkbox"/> PTA行事への参加が事前に認められている方		
事 故 状 況	事故発生日時	年 月 日 時 分頃		
	事故発生場所			
	参加行事名			
	事故発生状況			
傷 害	傷害の程度	傷病名	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺症 症状( 年 月 日 ~ 年 月 日 見込 <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 見込 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 手術 名称( )	
		病院名	病院名	
		TEL ( )	TEL ( )	
保険会社からお客さま へ日中の連絡先 (9時~17時)	<input type="checkbox"/> PTA役員・担当者(氏名: ) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) TEL ( )			
保険会社から手続き 書類の送付先	<input type="checkbox"/> PTA役員・担当者(氏名: ) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※送付先が被保険者の住所、氏名と異なる場合は、ご記入ください。 <住所> 〒 <氏名>			

### 2 【必須】PTA会長の証明印をお取りつけください。

上記のとおり、PTA管理下における行事参加中の事故であることを証明します。

<証明者> 年 月 日

住所

氏名

中学校 PTA会長

印

## PTA行事総合補償プラン事故報告書

事故の状況をご記入ください。

通知日		年 月 日		通知者	TEL ( )	
証券番号				保険種目	<input type="checkbox"/> PTA賠償 <input type="checkbox"/> 児童生徒賠償	
学校名						
当事者	氏名	フリガナ			当事者の 対象者の	<input type="checkbox"/> 当校に在籍する生徒 <input type="checkbox"/> PTA会員(生徒の両親または教職員) <input type="checkbox"/> PTA会員(生徒の両親または教職員)の同居の親族 <input type="checkbox"/> PTA行事への参加が事前に認められている方
	住所※	〒				TEL ( )
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日 (才)			<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
事故状況	事故発生日時	年 月 日 時 分頃				
	事故発生場所					
	参加行事名	※保険種目が児童生徒賠償の場合にはご記入不要です。				
	事故発生状況					
賠償	相手方	氏名	フリガナ		被害物(対物)	
		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	才		傷病程度(対人)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺障害 <input type="checkbox"/> 傷害 症状( )
		職業				
保険会社からお客さまへ日中の連絡先(9時~17時)		<input type="checkbox"/> PTA役員・担当者(氏名: ) <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) TEL ( )				
保険会社から手続き書類の送付先		<input type="checkbox"/> PTA役員・担当者(氏名: ) <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※送付先が当事者の住所、氏名と異なる場合は、ご記入ください。 <住所>〒 <氏名>				

### LINEでも事故報告が可能です



LINEの保険金請求  
はこちらから

- ・PTA 窓口の方からの連絡をお願いします。
- ・被災者本人連絡の場合には、詳細確認の上ご報告徹底をお願いします。
- ・証券番号不明の場合には、LINE 入力画面の、お客様記入欄・特記事項欄に〇〇区立中学校PTA との記載をご徹底ください。