

傷害

表面

賠償は裏面に
ご記入ください

本紙はコピーしてご使用ください

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】 総括は、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。

- 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。
- 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 ヶ ガ 被 保 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) <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 見込 <input type="checkbox"/> 通院 年 月 日 ~ 年 月 日 見込 <input type="checkbox"/> 手術 名称()	
		病院名 TEL ()	病院名 TEL ()	
保険会社からお客様 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

賠償

裏面

傷害は表面に
ご記入ください

本紙はコピーしてご使用ください

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 象者の 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
		職業			症状()
保険会社からお客様 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。