

FAX 03-5295-3277

ユアサポートコールセンタ

事故受付担当行

## <Myセーフティ> 事故報告書 【個人賠償 人身事故】

加入者名 (組合員名)	(フリガナ) ----- (漢字)	所属名	
個人コード		生年月日	年 月 日

以下のとおり報告します。

被保険者名 (相手に損害を与えた方)	(フリガナ) ----- (漢字)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	満 才
	加入者 (組合員) との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input checked="" type="radio"/> 配偶者 <input checked="" type="radio"/> 子ども (未婚・既婚) <input checked="" type="radio"/> 親 <input type="radio"/> その他親族 ( )			
	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居 (別居理由: )				
請求書送付先 (自宅住所)	(フリガナ) ----- (漢字)	〒 -	都道 府県	市区 郡	
連絡先TEL	自宅	( )	日中連絡先	( )	
事故日	20 年 月 日 <input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 時頃				
事故の場所	都道 市区 府県 郡 施設名等:				
事故状況	誰が	何をして			
	何に (誰に)	どうしたら			
	どうなった				
受傷者名 (相手方)	(フリガナ) ----- (漢字)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	満 才
		TEL	( )		
		〒 -	都道 府県	市区 郡	
受傷内容	受傷部位	受傷程度			
治療見込	入院日数	日	通院日数	日	日
医療機関	医療機関名			電話番号	( )
他保険の 加入状況 (同様の損害を担保 する他の保険契約)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	まもるくん	そ の 他	保険会社名 共済団体名	
	※「あり」の場合右記に 内容をご記入ください。			<input checked="" type="radio"/> あり	保険商品名