

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> 達成報告書【ホールインワン・アルバトロス費用】

加入者名 (組合員名)	(フリガナ)	所 属 名			
	(漢字)		* 退職者の方は『OB』とご記入ください		
個人コード		生年月日	年	月	日

【前提条件確認】

以下の質問①から⑥まで全てにおいてあてはまる場合のみご請求いただけます。

- ①日本国内で、9ホール以上を有しかつ名目の如何を問わずゴルフ施設の料金を徴収するゴルフ場である。
- ②自分以外の他の競技者1名以上とプレーを行なった。
- ③次の1～3のいずれかの条件を満たしている。
 - 1.当該ゴルフ場の使用人(キャディーを含む)でホールインワン・アルバトロスを目撃した方の証明が得られる。
 - 2.被保険者が会員となっているゴルフ場が主催または共催する公式競技において達成したホールインワン・アルバトロスで、当該公式競技の参加者または競技委員の証明が得られる。
 - 3.被保険者のホールインワン・アルバトロスの達成を客観的に立証できる資料(ビデオ映像)が提出できる。
- ④パー35以上の9ホールを正規にラウンドをした。
- ⑤達成者は、ゴルフ競技をアマチュア資格で行われた方で、ゴルフ競技または指導を職業としている方ではない。
- ⑥達成者は、当該ゴルフ場の経営者ではない。もしくは当該ゴルフ場の使用人ではない。

以下のとおり報告します。

被保険者名 (ホールインワン・ アルバトロスの 達成者)	(フリガナ)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	年齢	満	才
	(漢字)		生年月日			年	月
	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 ()		同居 別居 (別居理由:)			
請求書送付先 (自宅住所)	(フリガナ)	(漢字)					
連絡先TEL	自宅	()	日中連絡先	()			
達成日	20	年	月	日	<input checked="" type="radio"/> 午前	<input type="radio"/> 午後	時頃
達成場所	都道		市区				
	府県		郡				
	ゴルフ場名			ホール番号			
	ゴルフ場の 使用人名			立証資料名			
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 type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	まもるくん	そ の 他	保険会社名			
	※「あり」の場合右記に 内容をご記入ください。			あり	共済団体名		
				保険商品名			