

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	* 退職者の方は『O B』とご記入ください		
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 type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	満	才	
	加入者 (組合員) との関係	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 子ども (未婚・既婚) <input type="radio"/> 親 <input type="radio"/> その他親族 ()		生年月日	年	月	日
	<input 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 type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時頃	
事故の場所	都道 府県 市区 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 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			
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 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 type="radio"/> あり	保険商品名			