スーパーグリーン保険 事故連絡票(傷害補償プラン・追加プラン)

保険種目(傷害・賠償責任・携行品・住宅内家財)

事故番号

報告年月日		勤務箇所(出向先)		電話番号
平成 年 月 日				NTT
				JR
加入者氏名		社員コード	被保険者氏名(ケガをされた方)	社員との続柄
フリガナ			フリガナ 氏名 生年月日	本人 配偶者 親族( )
加入者住所	〒 TEL 日中連絡先			
被保険者住所	〒 (加入者と同じ場合は不要) TEL			
住所が異なる場合 (○をつける)	加入者と(生計を共にしている・別生計である)		請求書送付先(加入者住所・被保険者住所)	
事故日	平成 年 月 日		午前・午後	時 分頃
事故場所				☑ (賠償事故の場合記入)
事故状況	(具体的に)			
	.....			
	.....			
	.....			
※注 病院名			住所	TEL
ケガの内容 (傷病名)				
通院期間	平成 年 月 日～ 月 日(見込み・確定)		手術有	
入院期間	平成 年 月 日～ 月 日(見込み・確定)		手術有	

※注:対象となるのは医師による治療または柔道整復師(接骨院・整骨院)による施術のみです。

*ご請求内容によっては医療調査等をさせていただく場合がございます。

下記欄は賠償責任・携行品・住宅内家財の場合に記入してください。

被害者・損害品	年齢・購入価格	職業・購入時期	購入先・修理先 / TEL	損害見込額

賠償責任の場合、相手の名前と住所を記入してください。

名前		住所	

《代理店使用欄》

契約者名	東日本旅客鉄道株式会社		
保険期間	平成 年 月1日～平成 年 月1日(1年間)		
保険会社担当課支社	取扱代理店	(株)ジェイアール東日本商事	

FAX送信日 月 日

代理店受付

個人情報の利用目的:

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間や引受保険会社のグループ内での確認を含みます)、保険金のお支払い内容および各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

FAXを送信いただく前に番号に誤りがないか、また0発信等にご注意ください。