

「Will-Life」

②死亡・後遺障害 事故報告書

事故報告書送付先: (株)メディックプランニングオフィス

FAX: 0120-035466

ご記入日 西暦 年 月 日

■加入者等について

証券番号:

①加入者(扶養者)	フリガナ		会員番号
	氏名		
②被保険者(学生)	フリガナ		
	氏名		
	学校名		
	学部・学科名	学部	学科
③報告者 (①加入者(扶養者)と報告者が異なる場合のみ記入)	フリガナ		②被保険者との続柄
	氏名		
④日中の連絡先	電話番号	()	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他
	メールアドレス		@

※Will-Life事務局または保険会社よりご連絡させていただく場合がありますので、日中ご連絡が取れる連絡先を記入してください。

※メールアドレスは、「will-life@medic-office.co.jp」からのメールが届くように設定ください。

■事故状況

発生日時	西暦 年 月 日(死亡の場合は死亡日)
状況 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 傷害(ケガ)による死亡の場合 状況:
	<input type="checkbox"/> 傷害(ケガ)による重度後遺障害の場合 状況:

■保険金請求書の送付先(内容照会先) (いずれかに☑をし、住所・電話番号を記入してください)

<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 報告者 <input type="checkbox"/> その他(氏名:)	被保険者との続柄:)
住所	〒
電話番号	()

※本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認のために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。なお、この情報は引受保険会社と共有いたします。

WEB