

①-2 対物事故 報告書

(看護職向け賠償責任保険・医療専門職向け賠償責任保険)

ご記入日：西暦 年 月 日 証券番号：

■加入者欄

フリガナ		会員番号	加入プラン	A ・ B
氏名		日中の 連絡先	TEL: ()	
住所	〒		メール:	
勤務先				

■被害者欄

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名 (または法人名)		年齢	歳
住所	〒		
連絡先	自宅・携帯・勤務先・その他() - - (内線)		

■事故内容

事故日	西暦	年	月	日	午前・午後	時	分頃	
事故の場所	都・道		市・郡					
	施設名：							
事故状況 (書き切れない場合は 別紙に ご記入ください。)	※事故の原因と考えられる行為または不注意の内容も記載してください。							
	対物事故の場合は、必ず太枠内にもご記入ください				破損物の購入時期	西暦	年	月
	破損物名			メーカー名				
	破損物の購入時価格			修理	可 ・ 不可			

※ 対物事故の場合、事故報告書の他に破損物の写真及び修理見積書を添付してください。
修理不能の場合は再購入見積書と修理不能証明書が必要です。(見積書に修理不能の記載があれば省略いただけます。)

■保険金請求書の送付先(内容照会先)

<input type="checkbox"/> 加入者本人	<input type="checkbox"/> 加入者本人以外の被保険者	<input type="checkbox"/> 報告者	<input type="checkbox"/> その他(氏名：)	加入者との続柄：
住所	〒		TEL:	

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