

## PTA行事総合補償プラン事故報告書兼行事参加中証明書

【個人情報の取り扱いに関する事項】 ※詳しくは、パンフレットをご確認ください。

本件事故に関する個人情報の取り扱いについて、被保険者が下記の事項について同意を得ていることを通知します。

1. 損保ジャパン日本興亜が保険金の支払い、支払いの判断のために、被保険者の個人情報を取得・利用すること。

2. 損保ジャパン日本興亜が上記1. の利用目的のために、本件事故の関係先等に情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

## 1 事故の状況をご記入ください。

通知日	年 月 日	通知者	PTA担当者: TEL ( )
証券番号		保険種目	PTA傷害
学校名			
(おケガをされた方) 被保険者	氏名	フリガナ	職業
	住所※	〒	TEL ( )
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 才 )	男 女
	被保険者の対象	<input type="checkbox"/> 当校に在籍する生徒 <input type="checkbox"/> PTA会員(生徒の両親または教職員) <input type="checkbox"/> PTA会員(生徒の両親または教職員)の同居の親族 <input type="checkbox"/> PTA行事への参加が事前に認められている方	
事故状況	事故発生日時	年 月 日 時 分頃	
	事故発生場所		
	参加行事名		
	事故発生状況		
傷害	傷害の程度	傷病名	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺症 症状( ) <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 見込 <input type="checkbox"/> 通院 年 月 日 ~ 年 月 日 見込 <input type="checkbox"/> 手術 名称( )
		病院名	病院名
		TEL ( )	TEL ( )
保険会社からお客さまへ日中の連絡先(9時~17時)	<input type="checkbox"/> PTA役員・担当者(氏名: ) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) TEL ( )		
保険会社から手続き書類の送付先	<input type="checkbox"/> PTA役員・担当者(氏名: ) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※送付先が被保険者の住所、氏名と異なる場合は、ご記入ください。 <住所> 〒 <氏名>		

## 2 PTA会長の証明印をお取りつけください。

上記のとおり、PTA管理下における行事参加中の事故であることを証明します。

&lt;証明者&gt; 年 月 日

住所

氏名

中学校 PTA会長

印

## PTA行事総合補償プラン事故報告書

事故の状況をご記入ください。

通知日		年 月 日		通知者	TEL ( )
証券番号		保険種目		<input type="checkbox"/> PTA賠償 <input type="checkbox"/> 児童生徒賠償	
学校名					
当事者	氏名	フリガナ		当事者の対象の	<input type="checkbox"/> 当校に在籍する生徒 <input type="checkbox"/> PTA会員(生徒の両親または教職員) <input type="checkbox"/> PTA会員(生徒の両親または教職員)の同居の親族 <input type="checkbox"/> PTA行事への参加が事前に認められている方
	住所※	〒			TEL ( )
	生年月日	昭和・平成	年 月 日 (才)		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
事故状況	事故発生日時	年 月 日		時 分頃	
	事故発生場所				
	参加行事名	※保険種目が児童生徒賠償の場合にはご記入不要です。			
	事故発生状況				
賠償	相手方	氏名	フリガナ		被害物(対物)
		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	才		傷病程度(対人)
		職業			<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺障害 <input type="checkbox"/> 傷害 症状( )
保険会社からお客さまへ日中の連絡先(9時~17時)		<input type="checkbox"/> PTA役員・担当者(氏名: ) <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) TEL ( )			
保険会社から手続き書類の送付先		<input type="checkbox"/> PTA役員・担当者(氏名: ) <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※送付先が当事者の住所、氏名と異なる場合は、ご記入ください。 <住所> 〒 <氏名>			