

# ヤマハ講師保険 事故報告書 (ケガ、病気休業等)

太字枠内をご記入の上、至急FAXにて右記までご連絡ください。三井住友海上が保険金をお支払いできるかどうかお調べした上で、ご請求いただける方宛に必要な書類をご案内します。また、アフラックのがん保険の給付金・保険金のご請求につきましては右記までご連絡ください。所定の必要書類をご案内します。

【お問い合わせ先】  
株式会社ヤマハコーポレートサービス  
FAX:053-460-5322  
TEL:053-460-5311  
0120-171-044【無料】



Webでも申請できます

〈トータル医療〉・〈所得補償〉・〈満期金付ケガ補償〉 ※なお、〈自動車〉については、三井住友海上事故受付センター0120-258-365(無料)へご連絡ください。				<b>報告日</b>	年 月 日
保険種目	トータル医療	所得補償	満期金付ケガ補償		
証券番号					
保険期間	.9.1～ .9.1	.9.1～ .9.1			
加入内容	セット名( )	口数( 口)			
加入者	〒 ( ) TEL.( ) ( )				
	住所 フリガナ 氏名 講師コード( ) 生年月日 年 月 日				
事故日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃				
事故発生地					
事故状況 または 病気の経過	----- -----				
受傷の部位	頭部・顔面部・頸部・上肢部・下肢部・その他( )				
受傷の形態	打撲・創傷(切り傷)・擦過傷(擦り傷)・断裂・切断・捻挫・脱臼・火傷・その他( )				
疾病名		手術の有無 無・有 → 手術名( )			
初診日	年 月 日	手術日( 年 月 日)			
ガンの場合	被保険者は病名を 知っている・知らない				
病院・療養施設	病院・接骨院 TEL.( ) ( )				
治療の見通し	入院見込日数 ( ~ )	日間			
	通院見込日数 ( ~ )	日間			
	就業不能見込期間 ( ~ )	日間			
〈所得補償の場合〉	就業不能開始日 年 月 日				
賠償責任	対人・対物 (いずれかに○) 相手方氏名 TEL.( ) ( )				
	被害物 被害程度 (円)				
携行品楽器	携行品・楽器を含む住宅内家財 (いずれかに○)				
	被害物 被害程度 (円)				
依頼・指示等	-----				受付者
	-----				三井住友欄 受付日 (営業) (SC)

※ご使用時、この用紙をコピーしてお使いください。

今回提供する個人情報の貴社における利用目的が、貴社が委託を受けている保険会社の各種商品やサービスの案内・提供・維持管理であることを確認しました。(また、上記の保険会社の各種商品やサービスの案内等のために、貴社がその提携先である保険会社の代理店と共同して対応する際には、個人情報当該代理店に提供されることに同意します。)