FAX 092-281-8785

東京海上日動火災保険(株)

九州損害サービス第一部　火災新種損害サービス課

学生教育研究災害傷害保険担当行

学生教育研究災害傷害保険事故通知

次の通り事故がありましたので「個人情報の利用目的」に同意の上、通知いたします。

記入日　　年　　月　　日

・ おけがの申告をする場合は、下記1～11及び14～15をご記入ください。
・ 感染症予防措置を受けたことを申告する場合は、下記1～8及び12～15をご記入ください。

1	大学・所属	国立 公立 私立　大学院 大学 短期大学　研究科 学部 学科　科 年　月入学，学年　年，学籍番号	昼間部 ①理工系 ②文科系 ③体育系 夜間部 ④理工系 ⑤文科系 ⑥体育系 ⑦通信教育	
2	フリガナ 負傷者のお名前	男・女 年令(　)才	転部・転科歴	有　無
3	フリガナ 住所・電話番号	〒 TEL　(　)　携帯TEL　(　)		
	上記以外の連絡先 (例：帰省先)	〒 TEL　(　)		
4	保険加入年月日	年　月　日		
5	事故の日時	年　月　日 午前・午後　時頃		
6	事故発生場所	都道府県　学校施設内　学校施設外　〔具体的に　〕		
7	活動の形態 (いずれかひとつに○)	正課中(体育実技 理系実験 医療実習 その他) 学校行事中 クラブ活動中 学校施設内(正課・学校行事・クラブ活動中以外) 通学中 学校施設間移動中		
	通学中・学校施設間移動中の場合	徒歩・自転車・原付・バイク・自動車・その他(　)		
	上記活動の内容			
8	事故の状況 (具体的に)			
9	交通事故の場合	免許証番号(　)　有効期限(年 月 日交付 年 月 日迄有効)　今回の事故で乗車していた車種 普通・中型・大型・自二・原付　届出警察署(　警察署)		
10	おけがの内容 部位・傷病名	部位	傷病名	
11	治療期間	入院＿＿＿日間（見込）　通院＿＿＿日間（見込）		
12	感染症予防措置を受けた年月日	年　月　日		
13	感染症予防措置の内容	(感染症名) (予防措置の内容)		
14	医療機関名及び電話番号	TEL　(　)	15 学研災付帯学生生活総合保険(付帯学総)の加入有無	有　無　不明

〈個人情報の利用目的〉

ご加入の皆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確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(＊)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・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。弊社は、この事故通知用紙をお客様がFAXした時点を以って、お客様が事故通知用紙に記載された傷病名等の保健医療に関する情報を保険金のお支払いに必要な範囲で弊社が取得・利用することにご同意いただいたものと取り扱わせていただきます。

(＊)「東京海上グループ」とは、「東京海上ホールディングス株式会社」傘下の弊社、日新火災海上保険株式会社、東京海上日動あんしん生命保険株式会社、東京海上日動フィナンシャル生命保険株式会社などや、前記各社の子会社等を含みます。