

日臨技リンクス「個人賠償責任補償」事故報告書

ご記入日： 西暦 年 月 日

契約者名：一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

証券番号：

■加入者欄		加入者証券番号
氏名	フリガナ	会員番号
	様	TEL： () (携帯・自宅・勤務先) メール：

■報告者欄 (加入者と異なる場合のみ記入してください。)

氏名	フリガナ	加入者との続柄
	様	TEL： () (携帯・自宅・勤務先) メール：

■被保険者 (この報告によって補償を受ける方) 欄

<input type="checkbox"/> 加入者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 別居の未婚の子 (加入者本人以外の場合は、下欄に記入)					
氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日 歳
	様				

■被害者欄

氏名 (または法人名)	フリガナ	年齢 性別	歳 (男・女)
住所	〒		
電話	(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・府・県) (市・郡・区) (町・村) 施設名：		
事故状況	※対物事故の場合、下欄に記入		
	破損物名：	破損物の購入時期：	
	破損物の購入時価格：	修理： 可・不可	

※自転車による対人事故の場合は、本紙と共に「事故状況図」を添付してください。また、対物事故で修理可能な場合は、保険金請求時に修理見積書と破損物の写真が必要になります (修理不可の場合は、修理不能証明書が必要)。

■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・電話	〒 フリガナ 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。