

記入例

⑦インターンシップ活動賠償責任保険 事故報告書兼事故証明書

(個人情報の利用目的)
お客様の個人情報につきましては、保険引受けの判断、保険事故への対応(保険者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に提出するもの等)のための利用を含みます。弊社含むお支払いおよび各種窓口サービスの提供・案内を行つたために利用させていただきます。
(*)「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、日本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等や、前述各社の子会社等を含みます。

東京海上日動火災保険株式会社宛

専修学校・各種学校用

学校コード [99999]

インターンシップ活動賠償責任保険 事故報告書兼事故証明書

※示談金額の決定については必ず保険会社と打合せを行ってください。

次のとおり事故がありましたので報告します。

私は、貴社が本書に記載された個人情報を①学校に対して、学校が行う学生サービスや事務管理のため提供すること②一般財団法人 職業教育・キャリア教育財団に対して、同財団が行う学校からの照会対応や安全啓発・制度普及活動のために提供することに同意します。

20 XX 年 6 月 2 日

保険契約の内容	被保険者 (学生・加害者)	フリガナ 氏名	トウカイ タロウ 東海 太郎	性別 生年月日 年齢	男・女 20XX年 X 月 X 日 18才	
	所属学校	○○総合専門 学校 学院				学科 専門部 研究室 夜間部
	保険始期年月	20 XX 年 4 月 入学 学年 1 年 学籍番号 A-35				
	事故の日時	20 XX 年 6 月 2 日 午前 10 時 30 分頃 午後				
事故現場	派遣先企業 ○○工業工場 隣				届出官署名	
活動内容	インターンシップ活動中 (正課、学校行事、課外活動中のいずれか)					
被害者	氏名 三井 花子	性別 男 女 36才	職業 主婦	被保険者が複数いる場合	合計 名	
事故内容	状況、原因ならびに示談の経緯 (できるだけ詳しくお書きください) 見取図 インターンシップ活動中、派遣先の機械を許可なく使用し、通行人にケガをさせてしまった。					
保険金請求書送付先	(○をおつけください)	① 学校 ② 学生				
	送付先住所	〒102-0073 東京都千代田区九段北4-2-25 TEL 03 (△△△△△) ××××				
事故現場にいた方で事故事実を証明できる方による事故証明		学校による保険加入・届出(活動)証明 (内容確認の上、□に✓してください。)				
上記事故事実に相違ないことを証明します。		保険加入証明	✓ 上記保険加入事実に相違ないことを確認しました。			
		届出証明 (活動証明)	✓ 上記「事故内容」欄の「活動形態」の記載に相違ないことを確認しました。			
所属: ○○工業(株) 氏名: 日本 一郎 被保険者との関係: 派遣先企業の責任者		学校証明欄	学校名: ○○専門学校 職名: 学校長 氏名: 成和 太郎			

弊社受領印

〈個人情報の利用目的〉
お客様の個人情報につきましては、保険引受けの判断、保険事故への対応(関係者への照会等)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。
(※)「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等や、前記各社の子会社等を含みます。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

専修学校・各種学校用

学校コード []

インターンシップ活動賠償責任保険 事故報告書兼事故証明書

※示談金額の決定については必ず保険会社と打合せを行ってください。

次のとおり事故がありましたので報告します。

私は、貴社が本書に記載された個人情報を①学校に対して、学校が行う学生サービスや事務管理のため提供すること②一般財団法人 職業教育・キャリア教育財団に対して、同財団が行う学校からの照会対応や安全啓発・制度普及活動のために提供することに同意します。

20 年 月 日

保 險 契 約 の 內 容	被 保 险 者 (学生・加害者)	フリガナ 氏 名				性 別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
				生年月日	20 年 月 日			
				年 齢	才			
	所 属 学 校		学校 学院		学科 研究所	<input checked="" type="radio"/> 昼間部 <input type="radio"/> 夜間部		
		20 年 月 入学	学年 年	学籍番号				
保険始期年月		20 年 月	保険終了年月	20 年 月				
事 故 の 日 時		20 年 月 曜 日	<input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時 分頃				
事 故 現 場				届出官公署名				
活 動 内 容		インターンシップ活動中(正課、学校行事、課外活動中のいずれか)						
事 故 内 容	被 害 者	氏 名	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	才	職 業		被保険者が 複数いる場合	合 計 名
	状況、原因ならびに示談の経緯(できるだけ詳しくお書きください)					見取図		
保 險 金 請 求 書 送 付 先	(○をおつけください)		① 学 校			② 学 生		
	送付先住所	〒	—			TEL	()	
事故現場にいた方で事故事実を 証明できる方による事故証明			学校による保険加入・届出(活動) 証明 (内容確認の上、□に✓してください。)					
上記事故事実に相違ないことを証明します。			保険加入証明	<input type="checkbox"/> 上記保険加入事実に相違ないことを確認しました。				
			届出証明 (活動証明)	<input type="checkbox"/> 上記「事故内容」欄の「活動形態」の記載に相違ない ことを確認しました。				
所属: 氏名: 被保険者との関係:			印	学校証明欄	学校名: 職名: 氏名:	印		

弊社受領印