

記入例

⑧医療分野学生生徒賠償責任保険 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、保険引当の判断、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・サービスへの提供・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、白船（以）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〔 99999 〕

医療分野学生生徒賠償責任保険 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 トウカイ タロウ	性 別	(男)・(女)		
	所 属 学 校	氏 名	東海 太郎		生年月日	20XX年 X月 X日
		年 齢	18 才		学 科	(昼間部) (夜間部)
			〇〇専門 学院			
		20 XX 年 4 月 入学	学年 1 年	学籍番号 A-35		
	保険始期年月	20 XX 年 4 月	保険終了年月	20 XX 年 3 月		
事 故 内 容	事 故 の 日 時	20 XX 年 6 月 2 日		(午前) (午後)	11 時 00 分頃	
	事 故 現 場	実習先 〇〇病院内		届出官公署名		
	活 動 内 容 (いずれかに○印)	① 正 課 中 ② 学 校 行 事 中				
	被 害 者	氏 名	三井 花子 (男) (女)	36才	職業 主婦	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			
	医療実習中に、入院患者の所有物を 壊してしまった。					
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。)				
上記事故事実と相違ないことを証明します。 所属：〇〇病院 氏名：三井 二郎 (印) 被保険者との関係：実習先病院の責任者		保険加入証明	☑ 上記保険加入事実と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。			
		学校証明欄	学校名：〇〇専門学校 職 名：学校長 氏 名：成和 太郎 (印)			

弊社受領日

