

未成年後見人支援事業 未成年後見人補償制度

東京海上日動火災保険株式会社
 代理店 システムマネージメント
 担当行
 FAX - -
 (TEL - -)

報告者



事故報告用紙

1. 被保険者について

加入者番号 被保険者	
(加入者名)	
住所	
電話番号	

2. 保険種目について（該当する部分に○を記入して下さい。）

(1) 被後見人補償制度（傷害保険）	
(2) 被後見人補償制度（個人賠償責任保険）	
(3) 未成年後見人補償制度（賠償責任保険）	

3. 事故内容について

事故日	年	月	日	時	分
(1)～(3) 共通：事故内容					
(1) のみ：受傷内容	傷病名				
	傷病程度	○入院【 月 日 ～（退院見込） 月 日】			
		○通院【 月 日 ～（治療見込） 月 日】			
		○後遺障害【 】			
(1)～(3) 共通：その他連絡事項					