

事故請求受付シート

個人総合補償制度の給付金請求をされる場合は下記をご記入の上、
株式会社日産グループサービス宛にメール送信してください。請求書類をお送り致します。

【会社情報・担当者情報】

① 販売会社名		(NGS記入欄)
② 担当者名	(所属・お名前)	

【請求者情報】

① 従業員名(漢字)	(かな)
② 従業員code	
③ 死亡日 (Bグループ保険請求の場合)	年 月 日
④ 入院期間 (医療保障請求の場合)	年 月 日 ~ 年 月 日

【請求対象保険種目】 該当するものに○をしてください

*対象者に○をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	Bグループ保険(死亡保障・高度障害保障)	ご本人 配偶者 子供
<input type="checkbox"/>	医療保障保険(入院保障) <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 事故	ご本人 配偶者
<input type="checkbox"/>	長期療養補償はHP内の各種帳票欄にある「事故連絡票」をご提出ください	
<input type="checkbox"/>	がん補償・子供補償は直接当社へご連絡ください	TEL 03-3542-4192

【請求書類送付先】

<input type="checkbox"/>	販売会社やBC宛に請求書類を送付する <input type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> 郵送
<input type="checkbox"/>	請求者本人に直接送付する

※請求者本人に送る場合は、必ず送付先をご記入ください。

郵便番号	—
住所	
電話番号	
宛名	