

事故連絡票

株式会社日産グループサービス経由 明治安田損害保険株式会社 所得補償・医療保険サービスグループ 行

※ご記入の上、メールまたは郵送でお送りください。

メールアドレス：**hoken@nissan-gs.co.jp**

送付先：〒104-0061 東京都中央区銀座7-17-2 アーク銀座ビルディング3階

株式会社日産グループサービス 保険課

ご担当者 _____ 様

TEL - -

FAX - -

受付日 5. 令和 年 月 日

団体名	日産自動車販売協会		団体番号	(商品)	91-90494 -5 - 000000			
					91-			
					91-			
被保険者	カガナ 1.男・5.女 生年月日 3.昭和 5.平成 年 月 日							
	(被保険者番号)							
	様							
	(現住所) 〒 - 都道府県				日中連絡先		- -	
				勤務先電話番号		- -		
				自宅電話番号		- -		
(所属)		(職種)						
請求者	被保険者との続柄 1.本人 2.親権者 3.法定相続人 9.() 1以外の場合、氏名：							
事故日	5. 令和 年 月 日 AM・PM 時 分頃				保険期間	令和 年 月 1日 から1年間		
	(病気の場合は発病日を記入してください)							
休業開始日 (この傷病で最初に勤務を休んだ日)		5. 令和 年 月 日 ~						
事故場所	都道府県						コード	
事故の 原因 状況	ご病気による場合は、発病の経緯をご記入ください。							
	事故証明書	無・有 (証明者)			目撃者	無・有		
請求項目	80 長期所得補償							
傷病の 内容	傷病名							
	症状							
	初診日	R 年 月 日	既往症	無・有 → 傷病名 ()				年 月頃
	入院	R 年 月 日 ~ R 年 月 日		通院	R 年 月 日 ~ R 年 月 日			
	手術	無・有 ()		治癒見込	令和 年 月頃			
医療機関	名称				電話	- -		
	住所							
	受診科			担当医師				
他契約	有 無・不明		有の場合 会社名		保険会社 :		保険 : 証券番号	

【個人情報の利用目的】
 保険金請求にあたり、ご報告いただくお客様の個人情報につきましては、契約者が保険契約を締結する損害保険会社に提供し、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会、事実関係の調査確認や関係する損害保険について保険会社間や明治安田グループ内での確認を含みます)、保険金のお支払い及び各種商品・サービスの提供案内を行うために利用をさせていただきます。
 本個人情報の取り扱いについて、特段お申し出がない場合は、ご了解いただいたものとして、以降の保険金請求手続きを進めさせていただきます。

★会社使用欄 FAX送信チェック 送信日 年 月 日 ★明治安田損保検印欄

所管店	担当者	受付番号	年	月	日	責任者	担当者
-----	-----	------	---	---	---	-----	-----