

本ページを印刷し、**必要事項（黄色蛍光部分のみ）** 記入し、学校（保健室）に提出してください

損害保険ジャパン株式会社 各保険金サービス課(※) **カンガルー保険担当者 行**

全国国立大学附属学校PTA連合会 御中

※FAX番号はP.17の事故発生時の連絡先をご確認ください

※コピーを取ってご使用ください。

カンガルー保険(全員加入制度) [1]事故報告書 [2]在籍証明書 兼 事故証明書

下記の事故が発生しましたので、在籍証明・事故証明をするとともに事故報告します。 内を記載のうえ **FAX**ください。

<small>○保険契約者(団体)は、本契約に関する個人情報、損保ジャパンに提供します。 ○損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱い商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等(外国にある事業者を含みます。)に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報を契約者に対して提供することがあります。なお、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)については損保ジャパン公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)をご覧ください。 加入者および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意のうえご加入ください。 ※賠償責任保険事故については、次のとおり通知します。また、私は本件事故について、損害を受けた財物の所有者・被害者(以下、「相手方」といいます。)の個人情報の取扱いについて当事者間で以下の事項に合意していることを通知します。 ①貴社が保険金の支払い、支払いの判断のために、相手方の個人情報を取得、利用すること。 ②貴社が上記①の利用目的のために、業務委託先(保険代理店を含む)、医療機関、修理業者、本件事故に関する関係先等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。</small>	
【1】事故報告書	
報告日 (FAX送信日)	年 月 日
学校園名	大阪教育大学附属池田中学校
事故担当者名	吉田かえで
事故担当者連絡先	TEL 072-761-8690 FAX 072-761-1104
ご加入制度 ご加入の場合のみ <input type="checkbox"/> 内/ <input checked="" type="checkbox"/> (チェック) を入れてください。	(1)園児・児童・生徒・教職員 総合補償制度 <input type="checkbox"/> 1-S: 24時間補償 <input type="checkbox"/> 1-A: 24時間補償 <input type="checkbox"/> 1-B: 学校管理下中のみ補償 <input type="checkbox"/> 1-C <input type="checkbox"/> 1-D <input type="checkbox"/> 1-E (2)犯罪被害事故 見舞補償制度 <input type="checkbox"/> 2-A: 3,350万円限度 <input type="checkbox"/> 2-B: 1,740万円限度 <input type="checkbox"/> 2-C: 1,040万円限度 <input type="checkbox"/> 2-D: 575万円限度 (3)PTA活動総合補償制度 <input type="checkbox"/> 3-A <input type="checkbox"/> 3-B <input type="checkbox"/> 3-C <input type="checkbox"/> 3-D <input type="checkbox"/> 3-E <input type="checkbox"/> 3-F
被保険者 (保険金請求者)	氏名 フリガナ <input type="checkbox"/> 園児・児童・生徒 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 教職員
連絡先	〒 住所 TEL ※日中にご連絡が可能なお電話番号 (保護者氏名:) LINEでのご連絡 可 (LINEご使用の携帯番号:) 不可
生年月日	年 月 日
事故の内容	発生日時 年 月 日 時頃(※24時間制) <input type="checkbox"/> 学校管理下中 <input type="checkbox"/> 学校管理下 "以外" <input type="checkbox"/> PTA活動中
場所	
状況・内容(※できるだけ詳しくご記載ください)	
<input type="checkbox"/> 傷害事故の場合	
診断名	ギブス 有・無 治ゆ見込み 入院 日・通院 日・治療終了
医療機関	病院名 所在地 TEL
<input type="checkbox"/> 賠償事故の場合	
相手方氏名	フリガナ 損害見込み 千円
住所	
電話	

【2<1><2>】在籍証明書 兼 事故証明書	
〈1〉園児・児童・生徒総合補償制度 〈2〉犯罪被害事故見舞補償制度 に請求する際に記名・捺印	
■上記被保険者は当学校園に在籍する園児・児童・生徒、教職員であることを証明する。 <input type="checkbox"/> (※)上記被保険者に関わる事故は学校管理下中に発生したことを証明する。 ※〈1〉Bおよび〈1〉Eの"学校管理下中のみ"補償型にご加入の場合のみ <input type="checkbox"/> 内/ <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)を入れてください。	
学校園名	大阪教育大学附属池田中学校
学校園長名	串田 一雅 <input type="checkbox"/>

【2<3>】在籍証明書 兼 事故証明書	
〈3〉PTA活動総合補償制度に請求する際に記名・捺印	
■上記被保険者は、当PTAの会員であることを証明する。 ■上記被保険者に関わる事故は、PTA活動中の事故であることを証明する。	
学校園名 PTA 会名	PTA 会長名 <input type="checkbox"/>