

# 東京都社会福祉協議会団体用 役員賠償責任保険事故報告書

事故が発生した場合は、本紙を使用して速やかに事故内容のご連絡をお願いします。  
下記あてに、加入者証をご添付のうえFAXしてください。

事故報告専用FAX番号： 03-5223-3050

東京海上日動火災保険株式会社  
コマーシャル損害部  
国際賠償・航空グループ行き

役員賠償責任保険の事故が発生したので以下のとおり報告します。

|   |   |
|---|---|
| 本ファックス送信日                               | 年 月 日                                     |
| ファックス送信枚数                               | 枚   |
| 加入者(団体・施設・事業者)名                         |   |
| 所在地                                     |   |
| 加入者番号                                   |   |
| 連絡先                                     |   |
| 部署名                                     |   |
| 氏名                                      |   |
| ファクス番号                                  |   |
| 電話番号                                    |   |
| 損害賠償請求を受けた日                             | 年 月 日                                     |
| 損害賠償請求を受けた被保険者の氏名                       |   |
| 損害賠償請求者の氏名                              |   |
| 損害賠償請求者の代理人弁護士名                         |   |
| 損害賠償請求者と被保険者との関係                        |   |
| 損害賠償請求者と加入者との関係                         |   |
| 損害賠償請求の態様<br>(口頭以外の場合は、書面もFAXでご送信ください。) | 口頭<br>書面手交／書面郵送／内容証明郵便／訴訟提起               |
| 損害賠償請求額                                 |   |
| 主張されている損害                               | 精神的苦痛／人格権侵害／名誉棄損／身体障害／財物損壊<br>それ以外(次のとおり) |
| 損害賠償請求の概要                               |   |
| 損害賠償請求前の交渉経緯                            |   |
| 損害賠償責任に関する見解                            |   |

# 役員災害補償保険 事故報告用紙

事故が発生した場合は、本紙を使用して速やかに事故内容のご連絡をお願いします。  
下記あてに、加入者証をご添付のうえFAXしてください。

## <役員災害補償保険>

東京海上日動火災保険(株) 本店損害サービス第二部 傷害保険損害サービス第一課  
連絡先：東社協担当 TEL 03(6632)0482 FAX 03(6402)3562

|                                   |             |            |         |
|-----------------------------------|-------------|------------|---------|
| 法人名                               | 御中          |            |         |
| ご住所                               | 〒 -         |            |         |
| お電話番号                             | ( )         | ご担当者<br>氏名 | 様       |
| 事故日                               | 平成          | 年          | 月 日 時ごろ |
| 事故発生場所                            |             |            |         |
| お怪我をされた方のご氏名                      | 様 ( 歳、男・女 ) |            |         |
| ・ 事故状況<br>・ お怪我の状況<br>・ 治療日数見込み 等 |             |            |         |