

全
美
連
賠
責

賠償責任保険金請求書

損害保険ジャパン株式会社 御中

20 年 月 日

下記の通り委任を受けましたので、関係書類を添付して保険金を請求いたします。

美容(業)生活衛生同業組合
理事長
(請求者) 印

証券番号			保険期間	自 20 年 月 1 日 至 20 年 9 月 1 日
★ 加入者番号	支 部			
担 保	保 険 金 額		契約の種類	
身 体	1 事故につき	100,000 千円	賠償責任保険	
	1 名につき	50,000 千円	追加条項	
被害者対応費用 (身体)	1 名につき	(死亡の場合) 100 千円以内の実費 (死亡以外の場合) 10 千円以内の実費	全美連用追加条項、施設所有管理者特約条項、 昇降機特約条項、受託者特約条項、人格権 侵害担保追加条項(施設・昇降機)、事故対応 特別費用担保追加条項(施設・昇降機・受託者)、 漏水担保追加条項(受託者)、紛失危険担保 追加条項(受託者)、被害者対応費用担保条項	
財 物	1 事故につき	施 設 3,000 千円		
		受託物 5,000 千円		

↑ 請求する担保項目に○印を付けて下さい。

事故日	年 月 日	午前 午後	時 分	分 項	賠償態様	身 体 ・ 財 物
被害者	住 所				示談条件	裏 面 の 通 り
	フリガナ				電 話	()
	氏 名	(歳)			職 業	
事故の 状 況						
被害品 明 細	品 名			被害品原取得年月日	年 月 日	
	購入先			上記原取得金額	円	
賠償示談額		円		20 年 月 日		
上記請求者を代理人と定め、損害 保険ジャパン株式会社に対する 上記損害についての保険金請求 ならびに受領を委任いたします。				加入者 (加入対象者)	(住所) TEL () (店名) (氏名) 印	

美容(業)生活衛生同業組合				理 事 長		部 長		支 部 長		扱 者
---------------	--	--	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------

保険金振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組 農 協	本店 支店 出張所	口座 種別	1 普通・総合 2 当座 3 貯蓄	店番				
	口座名義 (カタカナ)		受取人住所 フリガナ 〒			口座 番号				
TEL ()										

◎太枠内及び★の欄にご記入下さい。