

(本紙をコピーしてご利用ください)

ハッピーライフ請求通知書

保険金請求の対象となるケガ・病気等の事故が発生したので通知します。

日野トレーディング(株) 保険部

FAX:042-692-3060

本通知書をFAXいただきますと、1週間から10日程度で折り返し保険金請求書類をご送付いたします。(この用紙での保険金のお支払いはできません。) お客さまのご契約内容やお伺いしましたご請求に関する情報につきましては、保険金支払に必要な範囲内で利用するとともに、病院などの関係先に必要事項をお伝えすることがありますので、ご了承ください。

所属 (会社名:)		所属コード	従業員コード
加入者氏名 フリガナ	性別 (男) (女)	連絡先 自宅 () -	
生年月日 (S) (R) (H) 年 月 日		携帯電話 () -	
		日中連絡先 () -	
		* 自宅連絡時に家族への内容開示 (可) (不可)	

自宅住所 〒 -

* 保険金請求書類の送付先はご自宅となります。

A 今回ご請求予定の項目が病気やケガの保障、両親介護保障の場合、この欄に必要事項をご記入ください。

おケガ・ご病気された方 フリガナ	ご請求の項目		
本人 () 家族 ()	病気入院* ()	病気手術 ()	ガン(K型) ()
生年月日 (S) (H) (R) 年 月 日 才 (男) (女)	自宅療養 ()	ケガ入院 ()	ケガ手術 ()
	* 病気通院を含みます(入院前後の通院に限ります)。		
受診された病院名	入院(見込)の有無 (あり) (なし)	手術(見込)の有無 (あり) (なし)	自宅療養(見込)の有無 (あり) (なし)
今回の傷病の最初の診察日 年 月 日	おケガの場合 受傷日・事故状況 いつ、何をしていた、どうなったのかをご記入ください。 (業務中のケガ) (業務外のケガ)		
入院開始日 年 月 日	傷病名・技術名 ご病気の場合は病名を、おケガの場合はどの部位をどうしたのかを、高度医療の場合は技術名もご記入ください。		
手術の実施日 年 月 日	会社を休み始めた日(自宅療養保障のみ) 年 月 日	入院見込日数(入院ありの場合) 日	休業見込日数(本人のみ 入院日は除く) 日

B 今回ご請求予定の項目がアクティブ保障(携行品損害)の場合、この欄に必要事項をご記入ください。

事故を起こされた方 フリガナ	ご請求の項目		
本人 () 配偶者 () 他親族 ()	携行品とは、住宅(敷地を含みます)外において「手で持っている」「身につけている」「手の届く範囲に置いている」状態の身の回り品をいいます。自然消耗による損害はお支払対象となりません。		
生年月日 (S) (H) (R) 年 月 日 才 (男) (女)	携行品損害 (自己負担額3千円)		
事故日 年 月 日 (午前) (午後) 時	事故の発生した場所		
損害品の品名	損害品の購入時期 年 月 日	損害品の購入価格 円	損害品の修理可否 (可) (不可)
事故状況 何をしていたどのような原因・理由でどうなったのかをご記入ください。			

本通知書はハッピーライフ保険金請求の対象となるケガ・病気・携行品損害等の事故が発生した場合の通知書です。上記以外の事故が発生した場合は本通知書は使用できません。下記の連絡先へご連絡ください。(上記の保障と以下*の保障はWEB事故受付連絡システム(右のQRコードから)でも事故連絡が可能です。)

アクティブ保障(受託物賠償責任) ※	日野トレーディング(株) 保険部 ■本社:(外線)042-696-4306 (内線)5962 ■羽村店:(外線)042-555-7520 (内線)2016 ■新田店:(外線)0276-56-6715 (内線)5207 ■古河店:(外線)0280-75-2540 (内線)9006 ■北陸店:(外線)0761-55-2118
アクティブ保障(ホールインワン・アルバイトロス費用) ※	
賠償責任保障 ※	
死亡保障	
介護保障	
がん保障(R型)	

★おすすめ★

24時間365日、事故連絡が可能なWEB受付連絡システムを推奨しております。

