

賠償責任保険金請求書

全
美
連
賠
責

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 險 金 額		契約の種類	
身 体	1 事故につき 1 名につき	100,000 千円 50,000 千円	賠償責任保険	
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	追加条項	
財 物	1 事故につき	施 設 3,000 千円 受託物 5,000 千円	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	

↑ 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	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 信用組合 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。

損害保険ジャパン株式会社 御中

賠償示談条件通知

20 年 月 日の事故につき、次の条件によって示談解決いたしましたので、当事者双方連署し通知致します。

(賠償の条件)

加害者は被害者に対し賠償金として

金 円を支払うこと。

この条件をもって、本件について双方異議なく円満に示談解決することを約し、今後当事者双方とも本件に関して名義のいかんにかかわらず一切なんらの異議要求をも申立てないことを確約します。

20 年 月 日

美容所

フリガナ

(加入対象者)

印

フリガナ

被害者

印

(被害者が未成年の場合、親権者名をご記入下さい。)

賠償示談金領収書

金 円也

上記金額を賠償金として正に領収致しました。

20 年 月 日

氏名
(被害者)

印

(被害者が未成年の場合、親権者名をご記入下さい。)

被害品の回収処理方法 (該当するものに
○印をつけて下さい。)

- ① 回収できない。
- ② 組合へ提出する。
- ③ 査定後返却してほしい。

((②③の場合は、下記にも記入して下さい。))

支部受領日 月 日

組合受領日 月 日

参考資料 従業員数(含加入対象者) 名