

「ペタンク事故補償制度（平成 29 年度）」について

1 従来の補償内容との変更点

(1) 「移動（往復途上）中の事故」は補償対象外となりました。

(2) 保険金額が変更（引き下げ）になりました。

2 補償内容（「ペタンク補償制度マニュアル」）については各都道府県ペタンク・ボール連盟事務局までお問い合わせください。

3 大会等において「ペタンク事故補償制度」の対象と考えられる事故が発生したときは、速やかに本部に連絡を行い、以下の「事故報告書記載例」に従って必要事項を記入のうえ、別紙「事故発生状況報告書兼事故証明書」を提出してください。

お手続きについて：作成した「事故発生状況報告書兼証明書」は本部へFAXを送付下さい。

送付先 本部FAX番号03-3868-2410

VII. 事故報告書記載例

平成 29 年 6 月 5 日

Chubb 損害保険株式会社 御中

事故発生状況報告書兼事故証明書

所属都道府県連盟名

〇〇県ペタンク・ブール連盟

保険種類	団体総合補償制度費用保険
契約者	公益社団法人 日本ペタンク・ブール連盟
証券番号	970 EB 480156-8
保険期間	29 年 4 月 1 日 ~ 30 年 3 月 31 日

報告者氏名 〇〇 太郎

電話番号 (090) 1234 - 5678

団体名

公益社団法人 日本ペタンク・ブール連盟

印

上記保険契約者の災害補償の対象となる傷病を被りましたので、下記の通り報告致します。

おケガ・病気を された方 (被補償者)	住所	〒123-4567 **県**市〇〇町1-2-3		
	日中の連絡先 (自宅・勤務先・携帯)	055	-	123 - 4567
	フリガナ	エース イチロウ		生年月日 S24年9月25日 (67歳)
	氏名	栄須 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	職業/学校名 無職 役職/所属団体 〇〇県連盟

事故の内容	発生日時	29 年 6 月 3 日 () 午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後 3 時 30 分頃
	発生場所	** 都道府県 ** 区市 〇〇 区町 〇〇〇 会場 にて
	事故発生状況	〇〇県ペタンク連盟主催の試合に参加中に段差にひっかかり転倒。 左足を捻挫した。

おケガなどの 内容	ケガまたは病気の名前	捻挫	※ケガの名前が詳しくわからない場合は、 下段のケガの部位・状態にのみ丸をしてください。	
	ケガの部位	1頭部 2顔面 3頸部 4胸部 5腹部 6腰部 7上肢/手指[例:右手親指()] <input checked="" type="radio"/> 8下肢 9足指 0その他()		
	ケガ等の状態	1骨折 2脱臼 3打撲 <input checked="" type="radio"/> 4捻挫 5切傷 6欠損・切断 7やけど 8内出血 9特定疾病 0その他()		
	ギブス装着	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	受傷部位が指の場合、 関節(手首・足首)を含みますか	はい・いいえ
	入院	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有()日位	手術	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有(手術名:)

※おケガされた日から30日以内に、公益社団法人日本ペタンク・ブール連盟宛 FAXにてご報告ください。
→ FAX 03-3868-2410

通信欄

事故発生状況報告書兼事故証明書

保険種類	団体総合補償制度費用保険
契約者	公益社団法人 日本ペタンク・ブール連盟
証券番号	970 EB 480156-8
保険期間	H29 年 4 月 1 日 ~ H30 年 3 月 31 日

所属都道府県連盟(協会)名

報告者氏名

電話番号

団体名

公益社団法人 日本ペタンク・ブール連盟

印

上記保険契約者の災害補償の対象となる傷病を被りましたので、下記の通り報告致します。

おケガ・病気を された方 (被補償者)	住所	〒		
	フリガナ	日中の連絡先 (自宅・勤務先・携帯)	-	
	氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
		職業/学校名	役職/所属団体	

事故の内容	発生日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃
	発生場所	都道府県 区市郡 区町村 にて
	事故発生状況	※なぜ、どのようにして事故にあったかなど詳しく記入

おケガなどの内容	ケガまたは病気の名前	※ケガの名前が詳しくわからない場合は、下段のケガの部位・状態に丸をしてください。	
	ケガの部位	1頭部 2顔面 3頸部 4胸部 5腹部 6腰部 7上肢/手指[例:右手親指()] 8下肢 9足指 0その他()	
	ケガ等の状態	1骨折 2脱臼 3打撲 4捻挫 5切傷 6欠損・切断 7やけど 8内出血 9特定疾病 0その他()	
	ギプス装着	無・有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	受傷部位が指の場合、関節(手首・足首)を含みますか <input type="checkbox"/> はい・いいえ
	入院	無・有()日位 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	手術 <input type="checkbox"/> 無・有(手術名:)
病院名	病院名	電話番号	
わかる範囲でご記入下さい	①	(- -)	
	②	(- -)	

※おケガされた日から30日以内に、公益社団法人日本ペタンク・ブール連盟宛 FAXにてご報告ください。
→ FAX 03-3868-2410

通信欄