

リビングリスク補償制度



ケガによる入通院・手術等の
自己負担分補完や携行品
損害などあなたをワイドに
お守りします。

★次のような場合に、保険金をお支払します。



(こんなときに補償されます)

- ① 傷害による死亡・後遺障害・入院・通院・手術
- ② 賠償責任
- ③ 携行品損害
- ④ レンタル用品賠償責任
- ⑤ キャンセル費用
- ⑥ 救援者費用等



保険金申請用紙(事故連絡票)フォーム!!

<傷害見本>



LR・CLR・傷害総合用(+普通傷害)

110200

() 經由

明治安田損害保険株式会社 傷害・火災・新種保険サービスグループ 行

ご担当者 様

事故連絡票

(FAX 03-3257-3288)

TEL - -

FAX - -

※該当する項目に☑をお願いします。 ※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。 受付日 6.令和 年 月 日

団体名: 大分県学校生活協同組合(小・中学校) 団体番号: 91-19109-9-000001 商品名: リビングリスク

加入者本人: 現住所 〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-11-1 氏名 山田太郎 職 事務 所属 総務部

被保険者(補償対象者): 氏名 山田花子 性別 5.女 生年月日 05年06月09日 被保険者番号 0000-000012345-200

請求者: 被保険者との続柄 1.本人 2.親権者 3.法定相続人 9.その他

事故日: 5.平成 6.令和 01年06月01日 午前・午後 3時15分頃

事故場所: 東京都 渋谷区渋谷1-5 1.自宅内 2.自宅外

事故の原因状況: 自動車運転中 右折したところ対向直進車と衝突し 負傷した

請求項目: 01.死亡 02.後遺障害 03.入院 04.通院 07.手術 20.物損 30.賠償 32.レンタル賠償 40.キャンセル費用

他契約: 1.有 5.無・不明 有の場合 会社名 ○○損保 保険の種類 証券番号

※付けがされた場合、以下をご記入ください。

傷病名: 右上腕骨折、頸椎捻挫 死亡の場合 5.平成 6.令和 年 月 日

※該当のケガの部位・態様に☑をしてください。複数ある場合は、最も重い部位・態様のみ☑してください。

傷害部位: 10.頭 15.顔 20.首・頸 25.肩 30.胸・腹 35.背・腰・臀部 40.腕 45.手指 50.脚 55.足指 60.臓器 99.その他

傷害態様: A1.骨折・脱臼 B1.打撲 B2.捻挫 B3.挫傷 B4.擦り傷 D1.切断・欠損 E1.切傷・挫創 F1.筋・腱・神経・半月板損傷・靭帯損傷 G1.血腫・内出血 H1.内臓破裂 J1.火傷 99.その他

手術: 無 有 固定具 無 有

初診日: 5.平成 6.令和 01年06月01日 治療見込 入院 週間 / 通院 4 週間

医療機関 名称 渋谷総合病院 1.病院 2.接(整)骨院 電話番号 03-1111-2222

※ご自分の物の損害によるご請求の場合、以下をご記入ください。

Table with 6 columns: 損害品区分, 損害品名, 購入金額, 購入年月, 修理代, 損害区分

※他人の身体や財物に損害を与えた場合は、以下をご記入ください。

当事者: 氏名, 男・女, 生年月日, 昭和 平成 大正 令和 年 月 日 加入者との関係 1.本人 2.配偶者 3.その他親族

相手先: 氏名, 男・女, 生年月日, 昭和 平成 大正 令和 年 月 日

損害内容: 1.対人 2.対物 3.両方 損害品, 損害額見込, 千円, 傷病名, 全治, 週間

【会社使用欄】 受付欄 保険会社 明治安田生命 代理店 K1102-19.04

<携行品・生活用動産見本>



LR・CLR・傷害総合用(+普通傷害)

110200

() 經由

明治安田損害保険株式会社 傷害・火災・新種保険サービスグループ 行

ご担当者 様

事故連絡票

(FAX 03-3257-3288)

TEL - -

FAX - -

※該当する項目に☑をお願いします。 ※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。 受付日 6.令和 年 月 日

団体名 大分県学校生活協同組合(小・中学校) 団体番号 91-19109-9-000001 商品名 リビングリスク

加入者本人 現住所 〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-11-1 日中連絡先TEL 090-1111-2222 氏名 山田太郎 自宅TEL 03-9876-5432 所属 総務部 職種 事務 勤務先TEL -

被保険者(補償対象者) 氏名 山田花子 性別 5.女 生年月日 05年06月09日 被保険者番号 0000-000012345-200 保険期間 平成・令和31年4月1日から1年間

請求者 被保険者との続柄 1.本人 2.親権者 3.法定相続人 9.その他 1以外の場合、氏名:

事故日 5.平成 6.令和 01年06月01日 午前・午後 3時15分頃

事故場所 都道府県 1.自宅内 2.自宅外

事故の原状 状況 (何をしているとき) バッグからカメラを取り出し (何が起きて) 手がすべり地面に落とし (どうなったのか) カメラが壊れた 飲酒: 有 無 事故証明書: 有(証明者) 無 目撃者: 有 無

請求項目 01.死亡 02.後遺障害 03.入院 04.通院 07.手術 20.物損 30.賠償 32.レンタル賠償 40.キャンセル費用 その他

他契約 1.有 5.無・不明 有の場合 会社名 保険の種類 証券番号

※けがをされた場合、以下をご記入ください。

傷病名 死亡の場合 5.平成 6.令和 年 月 日

※該当のケガの部位・態様に☑をしてください。複数ある場合は、最も重い部位・態様のみ☑してください。

傷害部位 10.頭 15.顔 20.首・頸 25.肩 30.胸・腹 35.背・腰・臀部 40.腕 45.手指 50.脚 55.足指 60.臓器 99.その他

傷害態様 A1.骨折・脱臼 B1.打撲 B2.捻挫 B3.挫傷 B4.擦り傷 D1.切断・欠損 E1.切傷・挫創 F1.筋・腱・神経・半月板損傷・靭帯損傷 G1.血腫・内出血 H1.内臓破裂 J1.火傷 99.その他

手術 無 有() 固定具 無 有()

初診日 5.平成 6.令和 年 月 日 治療見込 入院 週間 / 通院 週間

医療機関 名称 1.病院 2.接(整)骨院 電話番号 - -

※ご自分の物の損害によるご請求の場合、以下をご記入ください。

Table with 6 columns: 損害品区分, 損害品名, 購入金額, 購入年月, 修理代, 損害区分. Row 1: 1.身の回り品, カメラ(OOF1), 40千円, H28年6月, 千円, 1.破損(A.現物有 B.写真有) 20.盗難 99.その他

※他人の身体や財物に損害を与えた場合は、以下をご記入ください。

当事者 氏名 男・女 生年月日 昭和 平成 大正 令和 年 月 日 加入者との関係 1.本人 2.配偶者 3.その他親族

相手先 氏名 男・女 生年月日 昭和 平成 大正 令和 年 月 日

損害内容 1.対人 2.対物 3.両方 損害品 損害額見込 千円 傷病名 全治 週間

【会社使用欄】 受付欄 保険会社 明治安田生命 代理店 K1102-19.04

<賠償責任見本>



LR・CLR・傷害総合用(+普通傷害)

110200

() 經由

明治安田損害保険株式会社 傷害・火災・新種保険サービスグループ 行

ご担当者 様

事故連絡票

(FAX 03-3257-3288)

TEL - -

FAX - -

※該当する項目に☑をお願いします。 ※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。 受付日 6.令和 年 月 日

団体名: 大分県学校生活協同組合(小・中学校) 商品名: リビングリスク

加入者本人: 現住所 東京都千代田区神田司町2-11-1

被保険者(補償対象者): 明安太郎 新宿中学校 教員

請求者: 被保険者との続柄 1.本人

事故日: 令和6年01月01日 午前 10時

事故場所: 東京都千代田区神田司町2-11-1-801

事故の原因状況: 自宅で洗濯中 洗濯機のホースがはずれ 階下に水もれした

請求項目: 30.賠償

他契約: 1.有 〇〇損保

傷病名: 死亡の場合 5.平成 6.令和

傷害部位: 10.頭 15.顔 20.首・頸 25.肩 30.胸・腹 35.背・腰・臀部 40.腕

傷害態様: A1.骨折・脱臼 B1.打撲 B2.捻挫 B3.挫傷 B4.擦り傷 D1.切断・欠損 E1.切傷・挫創

手術: 無 有 固定具 無 有

初診日: 平成 令和 治療見込 入院 週間 通院 週間

医療機関名称: 1.病院 2.接(整)骨院 電話番号

損害品区分: 1.身の回り品 2.現金・乗車券

当事者: 明安太郎 昭和 平成 令和 40年6月5日

相手先: 治田花子 昭和 平成 令和 45年9月25日

損害内容: 1.対人 2.対物 3.両方

【会社使用欄】 保険会社 明治安田生命 代理店 K1102-19.04

受付欄

() 經由

明治安田損害保険株式会社 傷害・火災・新種保険サービスグループ 行

ご担当者 様

事故連絡票

(FAX 03-3257-3288)

TEL - - FAX - -

※該当する項目に☑をお願いします。 ※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。 受付日 6.令和 年 月 日

団体名 大分県学校生活協同組合(小・中学校) 団体番号 91-19109-9-000001 商品名 リビングリスク

加入者本人 現住所 〒 都道府県 日中連絡先TEL 自宅TEL 勤務先TEL

被保険者(補償対象者) フリガナ 性別 1.男 5.女 生年月日 3.昭和 5.平成 2.大正 6.令和

被保険者番号 0000- 保険期間 平成・令和 年 月 1日から 1年間

請求者 被保険者との続柄 1.本人 2.親権者 3.法定相続人 9.その他 1以外の場合、氏名:

事故日 5.平成 6.令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃

事故場所 都道府県 1.自宅内 2.自宅外

事故の原状状況 (何をしているとき) (何が起きて) (どうなったのか) 飲酒: 有 無 事故証明書: 有(証明者) 無 目撃者: 有 無

請求項目 01.死亡 02.後遺障害 03.入院 04.通院 07.手術 20.物損 30.賠償 32.レンタル賠償 40.キャンセル費用 その他

他契約 1.有 5.無・不明 有の場合会社名 保険の種類 証券番号

※けがをされた場合、以下をご記入ください。

傷病名 死亡の場合 5.平成 6.令和 年 月 日

※該当のケガの部位・態様に☑をしてください。複数ある場合は、最も重い部位・態様のみ☑してください。

傷害部位 10.頭 15.顔 20.首・頸 25.肩 30.胸・腹 35.背・腰・臀部 40.腕 45.手指 50.脚 55.足指 60.臓器 99.その他

傷害態様 A1.骨折・脱臼 B1.打撲 B2.捻挫 B3.挫傷 B4.擦り傷 D1.切断・欠損 E1.切傷・挫創 F1.筋・腱・神経・半月板損傷・靭帯損傷 G1.血腫・内出血 H1.内臓破裂 J1.火傷 99.その他

手術 無 有() 固定具 無 有()

初診日 5.平成 6.令和 年 月 日 治療見込 入院 週間 / 通院 週間

医療機関 名称 1.病院 2.接(整)骨院 電話番号 - -

※ご自分の物の損害によるご請求の場合、以下をご記入ください。

Table with columns: 損害品区分, 損害品名, 購入金額, 購入年月, 修理代, 損害区分

※他人の身体や財物に損害を与えた場合は、以下をご記入ください。

当事者 氏名 男・女 生年月日 昭和 平成 大正 令和 年 月 日 加入者との関係 1.本人 2.配偶者 3.その他親族

相手先 氏名 男・女 生年月日 昭和 平成 大正 令和 年 月 日 損害内容 1.対人 2.対物 3.両方 損害品 損害額見込 千円 傷病名 全治 週間

【会社使用欄】

受付欄 保険会社 明治安田生命 代理店

K1102-19.04