

安全会

保険のしおり



宇治市子ども会連絡協議会

宇治市子ども会連絡協議会安全会

傷害保険 賠償責任保険

1. 傷害保険

◎宇治市子ども会連絡協議会本部、支部、および単位子ども会が運営、管理する諸行事の準備中および開催中に被った障害事故について保険金をお支払いします。(ただし、集合地より解散地までとします。)

◎対象者は宇治市子ども会連絡協議会に所属する子ども会会員、およびその指導者（ボランティアを含む）とします。

◎お支払いする保険金は次のとおりです。

1. 死亡保険金

被害の日から180日以内にその傷害が原因で死亡した時
・・・200万円

2. 後遺障害保険金

被害の日から180日以内にその傷害が原因で後遺障害を生じた時、障害の程度により・・・6万～200万円

3. 医療保険金

医師の治療を受け、傷害を被った時、平常の生活又は仕事ができるまでの間

○入院の場合・・・1日につき1500円（ただし180日を限度）

○通院の場合・・・1日につき1000円（ただし90日を限度）

※ギブス・コルセット固定期間及び傷害が重い場合は、総日数を限度として日数の加算が行われます。

※入院と通院が重なる場合でも通算して180日が限度です。

2. 賠償責任保険

◎宇治市子ども会連絡協議会本部、支部、および単位子ども会が運営、管理をする諸行事の準備中に会員および第三者に損害を与えたことにより法律上の賠償責任を負った時、その損害賠償金を保険金としてお支払いします。

◎お支払いする保険金は次のとおりです。

- | | |
|-------------------|----------|
| 1. 対人賠償（治療費・慰謝料等） | |
| 1 名につき | 2000万円程度 |
| 1 事故につき | 1 億円限度 |
| 2. 対物賠償（修理費等） | |
| 1 事故につき | 300万円限度 |

保険期間・・・・・・加入日の属する年度末まで

保険料（本会負担）

事故が起こったときは・・・・

○行事中に事故が発生した時には、1 週間以内にご報告をお願いします。

○山城商会の担当者が直接被害者、または責任者の方と連絡をとり、支払いの手続きをとります。

（必要書類一式は、その都度当事者に直接送付します。）

○連絡は下記にお願いします。

株式会社「山城商会」 宇治市六地藏町並22

TEL：31-8071

32-3067

(担当) 山田久徳

FAX：33-4035

または

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

京都支店 第二支社

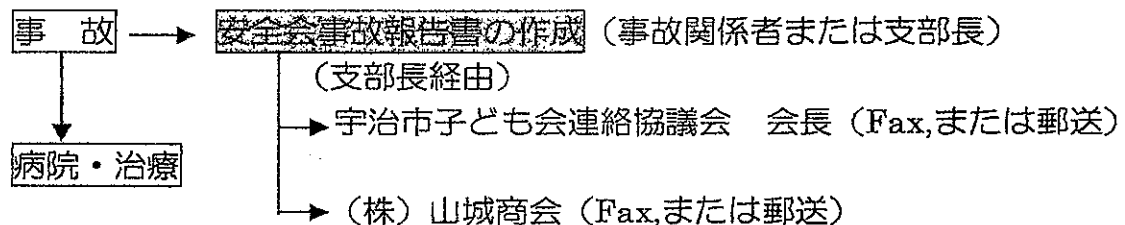
Tel 075-821-6212

○本会安全会担当者にも1週間以内に報告をお願いします。

○追加加入する時は必ず指定の用紙(追加用)で安全会担当者まで報告してください。

「安全会事故報告書」作成の要領

【報告の流れ】



【連絡 (提出) 先】

※郵便または Fax のいずれでも可。

1. 宇治市子ども会連絡協議会 会長 齊藤 和男 Tel : 090-6919-1587
〒611-0021 宇治市宇治大谷 26-17
2. (株) 山城商会 Fax—33-4035
〒611-0001 宇治市六地藏町並 22

【取扱上の注意】

1. 報告書の記載は、事故の関係者または支部長 (地域代表者) が記載し、支部長から宇治市子ども会連絡協議会会長と (株) 山城商会の双方に連絡願います。
2. 事故の概要は、なるべく客観的にご記入願います。
3. 報告書の提出 (連絡) は、なるべく早め (1 週間以内) にお願いします。

安全会事故報告書

宇治市子ども会連絡協議会 会長 様
株式会社 山城商会 様

支部（地域）名及び 子ども会名		支部（地域）		子ども会	
支部長（地域代表者）名		Tel.			
負傷者	住 所	宇治市			
	ふりがな 氏 名	性別（男 ・ 女）		生年月日 年 月 日生	
	保護者	（氏 名）		Tel.	
事 故 日 時		年 月 日 時 分頃			
事 故 場 所					
事故の概要 行事名： 状 況：					
病院名					

令和 年 月 日

上記のとおり報告します。

報告者氏名 _____