

シルバー派遣賠償責任保険事故報告書・認定書

下記のとおり事故の報告をいたします。

下記の加害者は、当連合会のシルバー派遣事業における派遣労働会員である事を認定いたします。

連 合 会 名	名称		担当者氏名
	代表者	⑧	
	所在地	〒 TEL	
セ ン タ ー 名	名称		担当者氏名
	所在地	〒 TEL	
連絡先メールアドレス	※保険会社損害課からご記載のメールアドレスに連絡が行く場合があります。 連合会、またはシルバー人材センターの事故窓口となる方のメールアドレスをご記入ください。 @		
派遣先事業者	名称		
派遣業務の内容			
被 保 険 者 (加害者)	住所	〒 TEL	
	氏名		
事 故 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分ごろ		
事 故 場 所			
事故原因および状況 ★派遣先ではなく派遣元、派遣会員が賠償する理由も必ず記入してください。	※ 1. 身体 入院・通院 日間		
	※ 2. 財物 購入年月日 年 月頃・購入金額 円		

被 害 者	住所	〒 TEL	
	氏名		
備 考			

保険金請求書類郵送先	
○ 上記の連合会	○ 上記のセンター