

死亡・入院・手術などの請求事由が発生したら
まず、確認しましょうシート

保険証券の内容を確認

生命保険会社へ電話する前に、
 保険証券を準備して、加入の生命
 保険会社名と証券番号を確認
 しましょう。

	保険会社名	保険証券の番号
1		
2		
3		
4		

※保険証券がお手元がない場合は、生命保険会社へ連絡してください。

※死亡・入院した原因などにより、確認が必要な事項が異なる場合があります。内容を記載してください。

チェック	死亡の場合	チェック	入院・手術・通院などの場合
<input type="checkbox"/>	保険証券の番号 ※上記番号を伝えてください	<input type="checkbox"/>	保険証券の番号 ※上記番号を伝えてください
<input type="checkbox"/>	死亡した人の名前	<input type="checkbox"/>	入院・手術・通院などをした人の名前
<input type="checkbox"/>	死亡した日 年 月 日	<input type="checkbox"/>	入院・手術・通院などの原因(病気・事故・傷病名など)
<input type="checkbox"/>	死亡した原因(病気・事故など)	<input type="checkbox"/>	受傷日(事故の場合必須) 年 月 日
<input type="checkbox"/>	保険金受取人の名前	<input type="checkbox"/>	入院期間 入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
<input type="checkbox"/>	保険金受取人の連絡先 TEL. - -		手術日 年 月 日
<input type="checkbox"/>	死亡前の入院・手術の有無 有・無 ※入院や手術がある場合は、右の「入院・手術などの場合」も記入	<input type="checkbox"/>	手術名
<input type="checkbox"/>	他に対象になる 契約や特約がないか ※生命保険会社に連絡の際、 確認しましょう	<input type="checkbox"/>	通院の有無 有・無 通院日数: 日
<input type="checkbox"/>	他に対象になる 契約や特約がないか ※生命保険会社に連絡の際、 確認しましょう	<input type="checkbox"/>	他に対象になる 契約や特約がないか ※生命保険会社に連絡の際、 確認しましょう



※上記内容を確認し、生命保険会社へ連絡
 <「生命保険会社の保険金・給付金の請求に関する連絡先」参照>