

FAX : 06-6363-5544

TEL: 06-6363-5670

関西電力生活協同組合



発信日：20 年 月 日

発信者	<input type="radio"/>	契約者ご本人
	<input type="radio"/>	その他( )

**火災共済災害発生報告書**

**【請求書類到着まで】**

FAX送信後、おおよそ1週間以内に記載いただいた送付先へ“共済金支払請求書類”をお送りいたします。“共済金支払請求書類”が到着しない場合、FAXが到着していない可能性がございますので、お手数ですが、本紙左上に記載の連絡先までお問い合わせ願います。

**【ご請求時、特にご注意いただきたい事項】**

- ・修理前の被害箇所全てのカラー写真を撮影しておいてください。  
被害箇所の写真がない場合、共済金のお支払いができません。
- ・施工業者等から発行いただく見積書内の“一式”表記は受付ができません。
- その他必要書類やご注意点については“共済金支払請求書類”をご確認ください。

<b>ご契約者氏名</b>	フリガナ		
<b>組合員番号(10ケタ)※</b>		※組合員番号は、e-amenity(JCB)カードの左下に刻印されております。	

○ご請求書類の内容確認時等にご連絡をする場合がございます。必ずご記入ください。

		日中のご連絡先	
1	携帯・自宅・職場・その他( )	—	—
2	携帯・自宅・職場・その他( )	—	—
<b>メールアドレス</b>			

<b>罹災日</b>	20 年 月 日 (AM・PM 時 分頃) <small>罹災日(災害発生日)が不明な場合は、罹災推定日をご記入ください。</small>
<b>罹災原因</b>	該当するものに○印をつけてください。 火災・風害・水害(床上浸水)・雪害・雷・雹・凍結・その他( )
<b>被害状況</b>	①どの部分が ②どうなったか をご記入ください。  ◆必ず修理する前(買替え前)に、被害状況のわかる全箇所の写真を撮ってください。
<b>罹災住所(契約住所)</b>	〒 — 罹災した物件の所在地をご記入ください。
<b>共済金支払請求書送付先</b>	〒 — 罹災住所と異なる場合のみご記入ください。
<b>他火災保険等の有無</b>	該当するものにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 有 保険会社名 [ ] <input type="checkbox"/> 無

**【個人情報の取り扱いについて】**

①関西電力生活協同組合が事務委託をしているSOMPO企業保険金サポート(株)が、本共済金請求に関する個人情報を、支払いの判断・付帯サービスの提供等を行うために取得・利用・提供すること。②他の保険契約等がある場合、SOMPO企業保険金サポート(株)が本共済契約等に関する情報を、他の損害保険会社・共済等へ提供することおよび、他の損害保険会社・共済等から提供を受け利用することに同意します。