

ペタンク補償制度 マニュアル (平成26年度)

公益社団法人
日本ペタンク・ボール連盟

従来の補償内容との相違点

1. ケガに加えて、熱中症等の**特定疾病**も補償対象



- ①急性虚血性心疾患（いわゆる心筋梗塞）、急性心不全等の急性心疾患
- ②くも膜下出血、脳内出血等の急性脳疾患
- ③気胸、過換気症候群等の急性呼吸器疾患
- ④細菌性食中毒
- ⑤日射病・熱射病等の熱中症
- ⑥低体温症、脱水症

2. 天災事故も補償対象

地震や竜巻といった自然災害(天災)による事故も補償の対象です。

3. 移動（往復途上）中も補償

A会場からB会場への移動中や競技等が終了後、自宅へ戻る途中も補償対象となります。

4. 賠償責任補償が充実

従来の施設賠償責任保険（対人・対物補償）に加えて、管理財物補償と受託物補償を加えました。

I. 補償内容

1. 死亡保険金

事故発生の日からその日を含めて 180 日以内に参加児童が死亡した場合に、死亡保険金の全額をお支払いします。ただし、すでに支払った後遺障害保険金がある場合は、死亡保険金からその金額を控除した残額をお支払いします。

2. 後遺障害保険金

事故発生の日からその日を含めて 180 日以内に参加児童に後遺障害が生じた場合、または特定疾病で公的な後遺障害認定を受けた場合。

支払割合(最高 100%)は、後遺障害の程度に応じて決定します。

3. 療養補償保険金

①入院日額

事故の原因の治療を直接の目的として入院した場合に、入院 1 日につき保険金をお支払いします。補償適用の原因が生じた日からその日を含めて 180 日以内の入院日数が対象となります。

②手術保険金

入院日額が支払われる場合で、事故の原因が生じた日からその日を含めて 180 日以内に事故原因の治療のために所定の手術を受けた場合に、入院日額に手術の種類に応じて定めた倍率(10 倍、20 倍、40 倍)を乗じた金額をお支払いします。ただし、1 事故につき、1 回の手術に限ります。

③通院日額

事故の原因の治療を直接の目的として通院した場合に、通院 1 日につき保険金をお支払いします。事故の日からその日を含めて 180 日以内の通院日数に対して、90 日分を限度とします。

※往復途上の考え方

本契約では自宅から競技会や練習会等の会場への往復途上については、補償の対象となっています。往復途上とは、通常の経路を使用するものとし、通常の経路を逸脱した場合においては補償の対象となりません。

4. 第三者賠償

本・支部が主催する大会、競技会や練習会等において、偶然な事故により他人に身体障害または財物損害を与えたことにより、法律上の賠償責任を負ったとき、その損害賠償額を保険金としてお支払いします。

5. 管理財物賠償・受託物賠償

本・支部が主催する大会、競技会や練習会等において使用している他人の財物および預かっている財物に損害を与え、他人および預け主に対して賠償責任を負ったときに、その損害賠償額を保険金としてお支払いします。

II. 保険金額

補償項目	保険金額		備考
	会員	会員以外	
死亡・後遺障害保険金	500万円 (50万円)	580万円 (58万円)	後遺障害は程度に応じて 4%～100%
入院日額	3,000円 (300円)		180日限度
通院日額	2,000円 (200円)		90日限度

※()内の保険金額は、特定疾病時のものです。傷害事故時の1/10となっています。

支払限度額	対人・対物共通限度額	2億円(免責金額なし)
付保する特約	管理財物補償特約	1事故/期間中 500万円(免責なし)
	受託物賠償責任特約	1事故/期間中 500万円(免責なし)

III. 事務手続き

ペタンク補償制度での事務手続きは以下の通りです。

1. 参加者名簿の作成

補償対象者(参加者)の名簿の作成をお願いします。

保険会社への提出の義務はありませんが、保管をお願いします。

2. 満期時の確定精算

当初想定した延べ参加人数(昨年実績)と満期日まで累計した延べ参加人数とが大きく乖離した場合(5%以上)には、ご通知いただいた延べ参加人数に基づいて確定精算(保険料の追徴または返戻)を行います。そのため、保険契約満期日(3月31日)から1ヵ月以内に本部まで延べ参加人数をご連絡ください。

IV. 保険期間と補償範囲

1. 保険期間

平成26年4月1日から平成27年3月31日の1年間です。

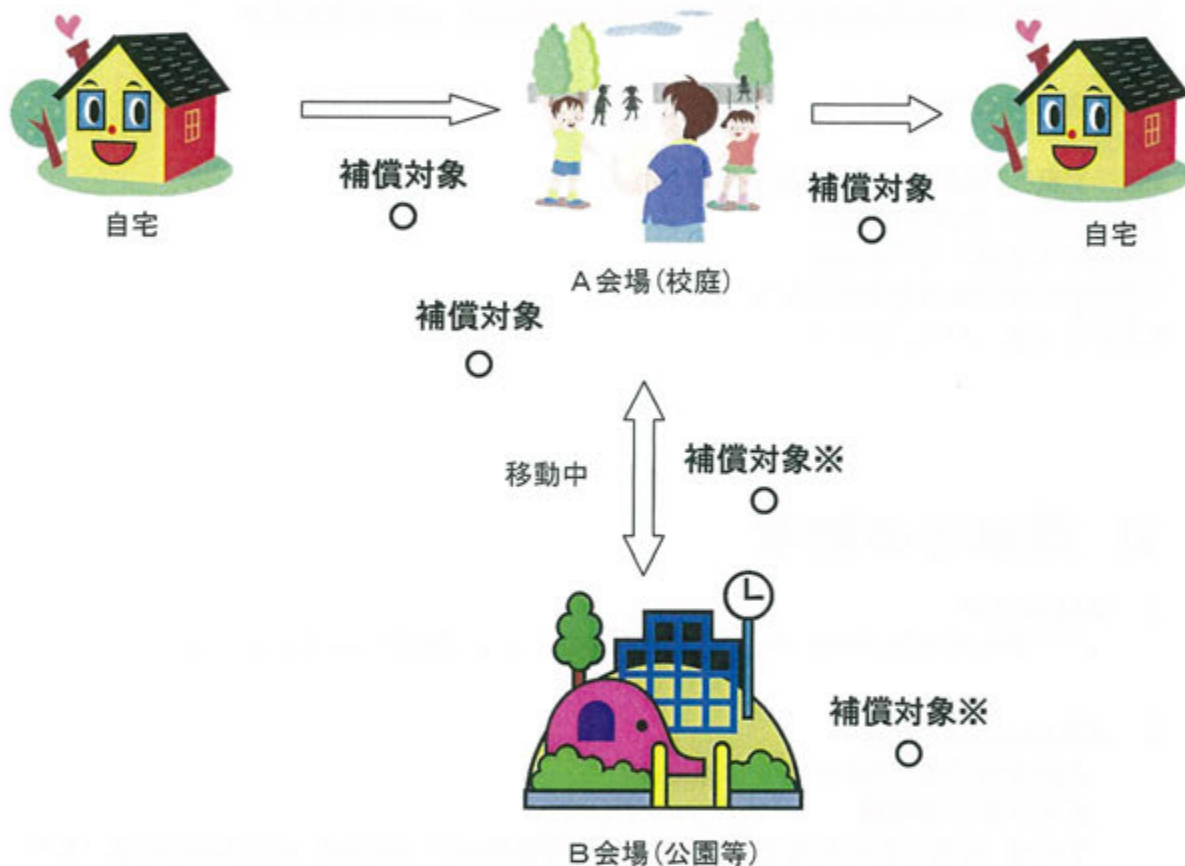
2. 補償範囲

本保険契約の補償範囲は以下の通りとなります。

【活動への参加】

【競技会・練習会活動】

【会場から帰宅】



※ 日本ペタンク・プール連盟本・支部の管理下にある場合に限りです。

V. 保険金をお支払いできない主な場合

保険金が支払われない場合は主な場合は以下の通りです。
十分留意してください。

【傷害事故の場合】

1. 保険契約者・被保険者・保険金受取人・被補償者の故意・重過失
2. 被補償者の自殺行為・闘争行為・犯罪行為
3. 被補償者の無資格運転中・酒酔い運転中の事故
4. 被補償者の麻薬・あへん・大麻・覚せい剤・シンナー等の使用
5. 戦争・暴動など
6. 直前 12 ヶ月以内に医師の治療を受け、または治療のために医師の処方に基づく服薬をしていた疾病と医学的に因果関係のある急性心疾患・急性脳疾患・急性呼吸器疾患

【賠償責任事故の場合】

1. 故意
2. 戦争、変乱、暴動、騒擾、労働争議等
3. 地震、噴火、津波等の天災
4. 同居する親族に対するもの
5. 排水または排気に起因するもの
6. 雨または雪などによるもの

VI. 保険金の請求

① 事故の連絡

P6 の「事故発生状況報告書」に必要事項を記入して、本部へ FAX してください。

② 請求時の必要書類

- ・保険金請求書(保険会社所定の用紙)
- ・医療機関の証明書
- ・その他、必要な書類があるときはエース損害保険㈱から保護者へ直接連絡があります。

③ 保険金の支払

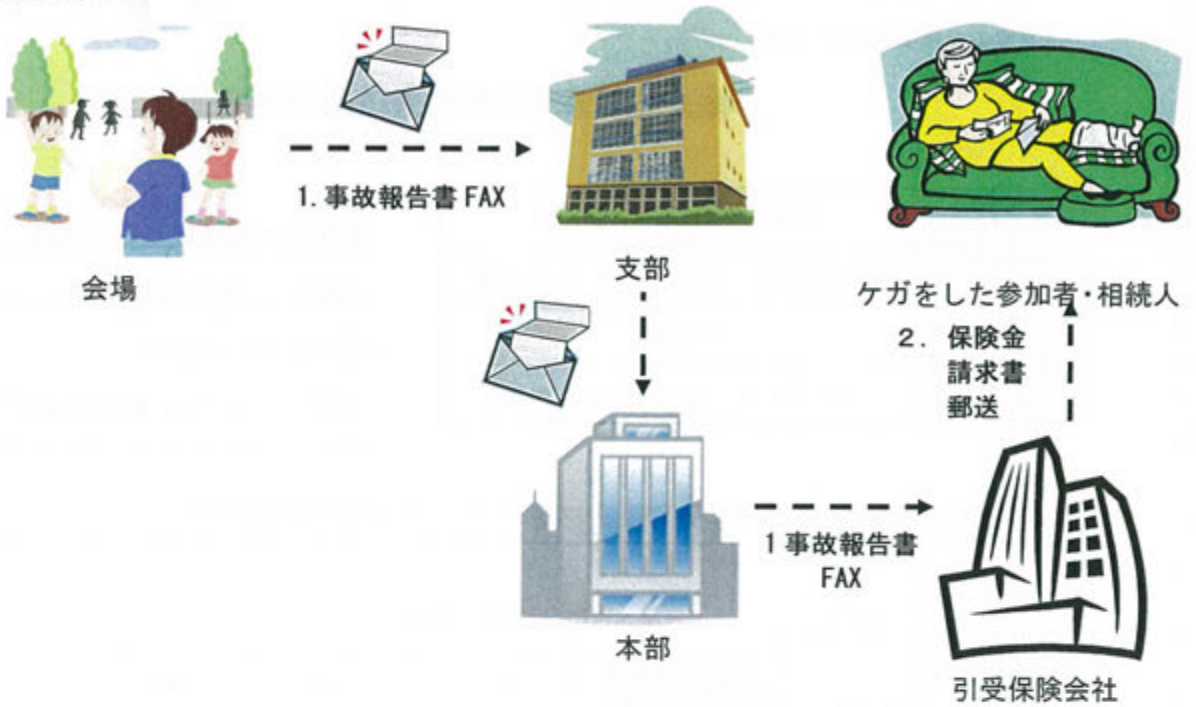
保護者の指定口座へエース損害保険が直接送金します。
(書類が全て整ってから、4日以内に支払われる予定ですが、事故の内容によっては、それ以上お時間を頂戴する必要がありますので、ご了承ください。)
支払処理終了後、保護者と契約者宛にハガキで保険会社から送金のご案内がございます。

※賠償事故が発生した場合は、事故内容により対応が異なります。至急、本部を通じて保険会社へ連絡してください。連絡後に引受保険会社から連絡があります。

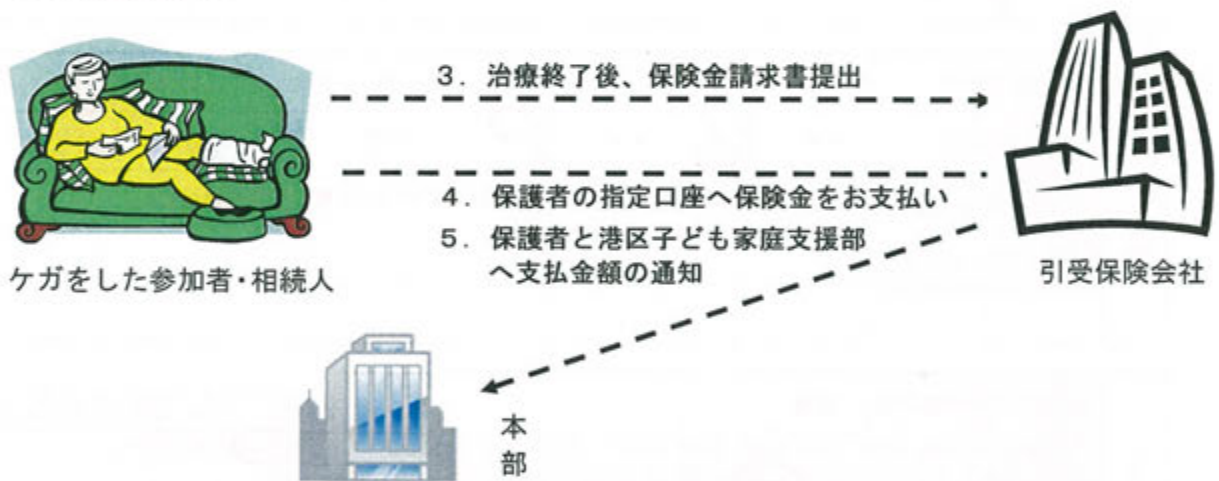
※物損の場合は、現場や壊れた物などの写真の撮影をお願いします。

④フロー図

A. 事故報告時



B. 保険金請求



Ⅶ. 事故報告書記載例

平成 26 年 6 月 5 日

エース損害保険株式会社 御中

事故発生状況報告書兼事故証明書

保険種類	団体総合補償制度費用保険
契約者	公益社団法人 日本ベタンク・プール連盟
証券番号	971EB
保険期間	26 年 4 月 1 日 ~ 27 年 3 月 31 日

報告者 〇〇支部 〇〇 太郎

連絡先 090-1234-5678

団体名 契約者と同じ

日本ベタンク・プール連盟〇〇支部



上記保険契約者の災害補償の対象となる傷病を被りましたので、下記の通り報告致します。

おケガ・病気を された方 (被補償者)	住所	〒 123-4567 ** 県 ** 市 〇〇 町 1-2-3		
	おケガ・病気をされた方 (被補償者)	日中の連絡先 (自宅・勤務先・携帯)	055 - 123 - 4567	
	フリガナ	エース イチロウ		生年月日 S 20 年 9 月 25 日 (66 才)
	氏名	栄須 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	職業/学校名 無職 役職/所属団体 〇〇支部

事故の内容	発生日時	26 年 6 月 3 日 () 午前・午後 3 時 30 分頃
	発生場所	** 都道府県 ** 区市 〇〇 区町 〇〇 交差点付近 にて
	事故発生状況 ※なぜ、どのようにして事故にあったかなど詳しく記入	〇〇支部主催の練習会から帰宅途中に、乗用車と接触し右足を捻挫した。

おケガなどの内容	ケガまたは病気の名前	捻挫	※ケガの名前が詳しくわからない場合は、下段のケガの部位・状態にのみ丸をしてください。		
	ケガの部位	1 頭部 2 顔面 3 頸部 4 胸部 5 腹部 6 腰部 7 上肢/手指(例:右手親指() ⑧ 下肢 9 足指 0 その他()			
	ケガ等の状態	1 骨折 2 脱臼 3 打撲 ④ 捻挫 5 切傷 6 欠損・切断 7 やけど 8 内出血 9 特定疾病 0 その他()			
	ギプス装着	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→	受傷部位が指の場合、関節(手首・足首)を含みますか	はい・いいえ
	入院	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 () 日位	→	手術	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (手術名:)

※おケガされた日から30日以内に郵送にてご報告ください。

通信欄

Ⅷ. お問い合わせ先

この制度は、エース損害保険株式会社を引受会社として運営しています。
そのため、本冊子に記載にない事項等については、保険約款に準拠しています。
保険の内容でご不明な点については、以下にお問い合わせください。

《取扱代理店》

株式会社サリージョイス・ジャパン

〒102-0082

東京都千代田区一番町 10

ソテイラビル 4 階

TEL 03-5215-5090

FAX 03-5215-6997

担当:林(ハヤシ)

《引受保険会社》

エース損害保険株式会社 東京支店

〒141-8679 東京都品川区北品川 6-7-29 ガーデンシティ品川御殿山 5 階

TEL 03-6364-7070

FAX 03-6364-7416

事故発生状況報告書兼事故証明書

保険種類	団体総合補償制度費用保険
契約者	公益社団法人 日本ペタンク・ブール連盟
証券番号	970EB 463286-3
保険期間	27年4月1日 ~ 28年3月31日

報告者 _____

連絡先 _____

団体名 契約者と同じ



上記保険契約者の災害補償の対象となる傷病を被りましたので、下記の通り報告致します。

おケガ・病気を された方 (被補償者)	住所	〒 _____		
	フリガナ	日中の連絡先 (自宅・勤務先・携帯)	- -	
	氏名	生年月日	年 月 日 (才)	職業/学校名
		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		役職/所属団体

事故の内容	発生日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃
	発生場所	都道府県 _____ 区市郡 _____ 区町村 _____ にて
	事故発生状況	※なぜ、どのようにして事故にあったかなど詳しく記入

おケガなどの内容	ケガまたは病気の名前	_____		
	ケガの部位	1頭部 2顔面 3頸部 4胸部 5腹部 6腰部 7上肢/手指[例:右手親指()] 8下肢 9足指 0その他()		
	ケガ等の状態	1骨折 2脱臼 3打撲 4捻挫 5切傷 6欠損・切断 7やけど 8内出血 9特定疾病 0その他()		
	ギブス装着	無・有 <input type="checkbox"/>	受傷部位が指の場合、 関節(手首・足首)を含みますか	はい・いいえ
	入院	無・有 ()日位	手術	無・有 (手術名: _____)
病院名	病院名	電話番号		
	①	(- -)		
	②	(- -)		

※おケガされた日から30日以内に郵送もしくはFAXにてご報告ください。
FAX 0120-002-998 (株式会社サリー・ジョイス・ジャパン)

通信欄