

自動車保険事故受付票 (耳や言葉の不自由なお客さま用)

太枠内の部分は必ずご記入ください。

- 事故が起こったときには、事故の状況、損害額の大小に関わらず警察にお届けください。
 - お客さまの情報、事故状況等をご記入いただき、FAXにて弊社までご連絡ください。
- ※事故受付票の記載内容はお客さまの大切な情報ですので、FAX番号のお間違いには十分にご注意ください。

■弊社営業時間中(平日9時～17時30分)の受付分に関しましては当日中にご連絡いたします。

営業時間外の受付分は翌営業日のご連絡となりますので、ご了承ください。(年末年始を除きます)

《個人情報の利用目的》

お客さまの個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社や弊社グループ内での確認を含みます)、保険金のお支払および各種商品・サービスの提供案内を行うために利用いたしますので、予めご了承ください。

契約内容	①ご契約者様	フリガナ お名前		様							
	②証券番号	証券番号									
	③お車の登録番号・車名	お車の登録番号	車名								
ご連絡窓口	④ご連絡窓口とご希望の連絡先(方法)	窓口の方のお名前	ご契約者様とのご関係 <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 親族 <input type="radio"/> その他()								
		連絡先(電話番号)	連絡先(メールアドレス)	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
事故内容	⑤事故の日時	20	年	月	日	時刻(午前・午後)	:				
	⑥事故の発生場所(住所)	都道府県	市区郡	目標物							
	⑦運転者名	運転者(記名被保険者との関係) <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 同居の子 <input type="radio"/> 別居未婚の子 <input type="radio"/> 親 <input type="radio"/> 兄弟・姉妹 <input type="radio"/> 友人 <input type="radio"/> その他()		生年月日	M T	年	月	日生			
フリガナ 運転者名		様		免許証有効期限	年	月	才				
⑧事故の状況	【状況図】		【説明】								
	<input type="checkbox"/> 損傷無 <input type="checkbox"/> 損傷無 <input type="checkbox"/> 損傷無		損傷箇所を塗ってください 自車 相手車 (自車・相手車)								
車両	⑨お車の修理先	修理工場名	担当	様	入庫	<input type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 未					
		修理工場TEL			レッカー	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無					
対物	⑩事故のお相手 ※相手方が複数の場合には、本用紙をコピーしてご使用ください。	フリガナ	相手方のお車の登録番号				相手方の車名				
		相手方運転者名	様		修理工場名						
		TEL			修理工場TEL						
人身事故関連	⑪おケガをされた方 ※おケガをされた方が複数いらっしゃる場合には、本用紙をコピーしてご使用ください。	フリガナ	負傷者名		様	生年月日	年	月	日	年齢	才
		TEL			性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	傷病名		<input type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 入院		
		負傷者住所			医療機関名						
						医療機関TEL					
《搭乗中の場合》 搭乗区分 契約車(運転 ・ 同乗) 相手車(運転 ・ 同乗)											

自動車保険事故受付票 (耳や言葉の不自由なお客さま用)

記載例

- 事故が起きたときには、事故の状況、損害額の大小に関わらず警察にお届けください。
- お客さまの情報、事故状況等をご記入いただき、FAXにて弊社までご連絡ください。

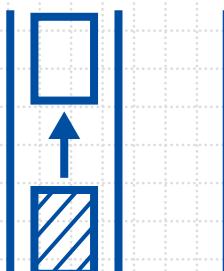
※事故受付票の記載内容はお客さまの大切な情報ですので、FAX番号のお間違いには十分にご注意ください。

■弊社営業時間中(平日9時~17時30分)の受付分に関しましては当日中にご連絡いたします。

営業時間外の受付分は翌営業日のご連絡となりますので、ご了承ください。(年末年始を除きます)

《個人情報の利用目的》

お客さまの個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社や弊社グループ内での確認を含みます)、保険金のお支払および各種商品・サービスの提供案内を行うために利用いたしますので、予めご了承ください。

契約内容	①ご契約者様	フリガナ <u>ソポ タロウ</u> お名前 ソポ 太郎 様
	②証券番号	証券番号 0123456789
	③お車の登録番号・車名	お車の登録番号 品川 3〇〇 あ 〇〇〇〇 車名 プリウス
ご連絡窓口	④ご連絡窓口とご希望の連絡先(方法)	窓口の方のお名前 ソポ 花子 様 ご契約者様との関係 <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 親族 <input type="radio"/> その他() 連絡先(電話番号) 090-111-XXXX 連絡先(メールアドレス) <input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> 電話 <input type="radio"/> メール
	⑤事故の日時	20 XX 年 10 月 01 日 時刻 <input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 10:00
事故内容	⑥事故の発生場所(住所)	東京 <input checked="" type="radio"/> 都道府県 豊島 市 <input checked="" type="radio"/> 東池袋1丁目 目標物
	⑦運転者名	運転者(記名被保険者との関係) <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 同居の子 <input type="radio"/> 別居未婚の子 <input type="radio"/> 親 <input type="radio"/> 兄弟・姉妹 <input type="radio"/> 友人 <input type="radio"/> その他() 生年月日 <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> T XX 年 1 月 1 日生 <input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> H 年齢 50 才 フリガナ <u>ソポ タロウ</u> 運転者名 ソポ 太郎 様 免許証有効期限 XXXX 年 XX 月 警察届出 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
車両	⑧事故の状況	【状況図】  【説明】 脇見運転により、信号待ちで停止中の相手車両に追突してしまっ 損傷箇所を塗ってください 自動車 <input checked="" type="radio"/> 損傷無 <input type="radio"/> 相手車 <input checked="" type="radio"/> 損傷無 <input type="radio"/> (自動車・相手車) <input checked="" type="radio"/> 損傷無 <input type="radio"/>
	⑨お車の修理先	修理工場名 △△自動車 担当 様 入庫 <input checked="" type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 未 修理工場TEL 03-1111-XXXX レッカー <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
対物	⑩事故のお相手 ※相手方が複数の場合には、本用紙をコピーしてご使用ください。	フリガナ <u>アイテ イチロウ</u> 相手方運転者名 相手 一郎 様 TEL 03-2222-XXXX 相手方住所 東京都豊島区東池袋1丁目 1-1 〇×マンション101 相手方のお車の登録番号 相手方の車名 品川5〇〇か××××、マーチ 修理工場名 修理工場TEL 相手方加入保険会社 担当 様 TEL
	⑪おケガをされた方 ※おケガをされた方が複数いらっしゃる場合には、本用紙をコピーしてご使用ください。	フリガナ <u>アイテ イチロウ</u> 負傷者名 相手 一郎 様 TEL 上記に同じ 負傷者住所 上記に同じ 生年月日 XX 年 1 月 15 日 年齢 28 才 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 傷病名 頸椎捻挫 <input type="radio"/> 通院 <input checked="" type="radio"/> 入院 医療機関名 〇〇病院 医療機関TEL 03-3333-XXXX
《搭乗中の場合》 搭乗区分 契約車(<input type="radio"/> 運転 <input type="radio"/> 同乗) 相手車(<input checked="" type="radio"/> 運転 <input type="radio"/> 同乗)		

