

# 事故受付票 (自動車保険用)

耳や言葉の不自由なお客様へ  
 ●事故が起こったときには、事故の状況・大小を問わず必ず警察にお届けください。  
 ●下記をご記入いただき、FAXにて「緊急ヘルプデスク」までご連絡ください。

専用FAX番号(24時間365日受付)

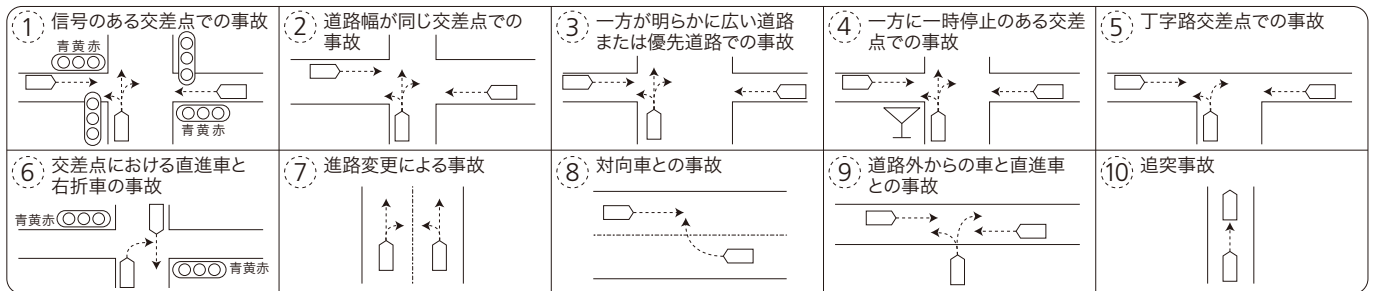
**0120-860-940**

※不明、または未確認の項目の□には✓を、説明を希望される項目には?マークをつけてください。

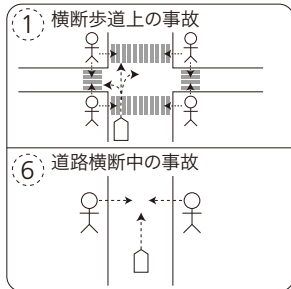
ご契約の内容	<input type="checkbox"/> 証券番号			<input type="checkbox"/> ご契約者様のお名前		
	<input type="checkbox"/> 登録番号 (ナンバープレート)			<input type="checkbox"/> ご登録の電話番号	( ) ( )	
ご連絡先	お名前	(カナ)		ご契約者様とのご関係	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	ご連絡方法	(TEL)	(FAX)	(メールアドレス)		
運転者について	運転されていた方のお名前	(カナ)		ご契約者様とのご関係	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 別居の子 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	生年月日	平成 昭和 大正	年 月 日	免許証番号		有効期限 平成 年 月 日 免許証の色 <input type="checkbox"/> グリーン <input type="checkbox"/> ブルー <input type="checkbox"/> ゴールド
お車について	<input type="checkbox"/> 修理工場への入庫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 修理工場名 (入庫ありの場合)	<input type="checkbox"/> 修理工場連絡先 (入庫ありの場合)	(TEL) ( ) ( )	<input type="checkbox"/> ご担当者名 ( )
	当社指定修理工場に興味がありますか?				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
事故の内容	事故日時	平成 年 月 日	AM PM	時 分 頃	<input type="checkbox"/> レッカー出動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし チューリップ手配 <input type="checkbox"/> その他手配
	<input type="checkbox"/> 事故現場住所 (わかる範囲で)	都 道 府 県		区 市 郡	<input type="checkbox"/> 事故当時の天候	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雪
	<input type="checkbox"/> 警察への届け出	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 人身 <input type="checkbox"/> 物損	署	<input type="checkbox"/> ケガをされた方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 運転者 同行者	お名前: ( )
事故相手について	<input type="checkbox"/> 相手のお名前	(カナ)		<input type="checkbox"/> 相手の連絡先	(TEL) ( ) ( )	
	<input type="checkbox"/> ケガをされた方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし お名前: ( ) <small>※複数場合は後日担当者にお伝えください</small>	<input type="checkbox"/> 登録番号 (ナンバープレート)	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 上記以外の被害物 <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし		

事故状況図 >> 該当する番号に○をつけてください。また、契約車両(運転していたお車)とその進路(矢印)を黒く塗ってください。

●車対車の事故(バイク・自転車含む)



●車対人の事故(人物も黒く塗ってください)



●事故がどの図にも当てはまらない場合や、担当者へ伝えたいことがありましたらご記入ください。

●補足質問 >> 当てはまるものに○をしてください。

- ①あなたはどちらに事故の原因があると思いますか?  
 自分  相手  お互い
- ②あなたは事故の相手に賠償請求したいと思いますか?  
 はい  いいえ  わからない
- ③事故の相手はあなたに賠償請求してくると思いますか?  
 はい  いいえ  わからない
- ④あなたは今回の事故に責任があると思いますか?  
 はい  いいえ  わからない

個人情報の取扱いについて

事故の解決、保険金のお支払いのためにお客様の個人情報を必要な範囲において、支払関係者(当事者、医療機関、修理業者等)やあらかじめ当社が契約を締結した業務委託先に提供させていただきますが、ご了承いただけますか。

はい  
 いいえ

同意者のお名前

当社使用欄(何も記入しないでください)

担当G	担当者	事故番号	受付日
-----	-----	------	-----

# 事故受付票 (傷害特約・個人賠償特約用)



耳や言葉の不自由なお客様へ

●下記をご記入いただき、FAXにて「緊急ヘルプデスク」までご連絡ください。

専用FAX番号(24時間365日受付)

**0120-860-940**

※不明、または未確認の項目の□には✓を、説明を希望される項目には?マークをつけてください。

ご契約の内容	<input type="checkbox"/> 証券番号		<input type="checkbox"/> ご契約者様のお名前							
	<input type="checkbox"/> ご登録の電話番号	( )	<input type="checkbox"/> 保険期間	平成 年 月 日 ~ 1年・2年・( )年						
ご連絡先	お名前	(カナ)	ご契約者様とのご関係	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	ご連絡方法	(TEL) (FAX) (メールアドレス)								
被保険者について	被保険者名	(カナ)	ご契約者様とのご関係	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 別居の子 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日	年齢	才 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 職業						
事故の内容	事故日時	平成 年 月 日	AM PM 時 分頃	<input type="checkbox"/> 警察への届け出 <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/>あり</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>予定</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>人身</td> <td><input type="checkbox"/>物損</td> <td></td> </tr> </table> 署	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 予定	<input type="checkbox"/> 人身	<input type="checkbox"/> 物損	
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 予定							
<input type="checkbox"/> 人身	<input type="checkbox"/> 物損									
<input type="checkbox"/> 事故現場住所(わかる範囲で)	都 道 府 県 区 市 郡		<input type="checkbox"/> 事故当時の天候	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雪						
被害にあわれた方	<input type="checkbox"/> お名前	(カナ)	年齢	才 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性						
	<input type="checkbox"/> 連絡先	※「ご連絡先」と同じ場合はご記入の必要はありません。 (TEL) ( )	ご契約者様とのご関係	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 別居の子 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
ケガがある場合	<input type="checkbox"/> 病院の名前		<input type="checkbox"/> 病院の連絡先	(TEL) ( )						
	<input type="checkbox"/> 通院された期間	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院された期間	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
	<input type="checkbox"/> 診断されたケガの名前	例)ねんざ・骨折 など	<input type="checkbox"/> ケガをされた部位	例)右手・左足 など						
事故の状況	(事故当時の状況や、おケガの程度、被害にあわれた物、損傷を与えてしまった物などについて、わかる範囲でご記入ください)									
その他	(その他担当者に伝えたいことなどがありましたらご記入ください)									
個人情報の取扱いについて 事故の解決、保険金のお支払いのためにお客様の個人情報を必要な範囲において、支払関係者(当事者、医療機関、修理業者等)やあらかじめ当社が契約を締結した業務委託先に提供させていただきますが、ご了承いただけますか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	同意者のお名前						
当社使用欄(何も記入しないでください)			事故番号							
担当G	担当者		受付日							