事故連絡票【自動車保険用】

下記にご記入いただき、FAXにてご連絡ください。
<FAX番号のお間違いには十分ご注意ください>

FAX番号 **0120-210-865**
（24時間365日受付）

●FAXは弊社「事故受付センター」で受付けております。
●弊社営業時間外※の受付分については、弊社からのご連絡は翌営業日となりますので、あらかじめご了承ください。
※弊社営業時間は土日祝日年末年始を除く9時から17時となっております。

<個人情報の利用目的>
お客様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間の確認を含みます）、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させていただきます。

太枠欄は必ずご記入をお願い致します

ご契約の内容	証券番号		お車の登録ﾅﾝﾊﾞｰ	
	ご契約者様のお名前	（カナ）	ご契約者様のご連絡先	（TEL） （FAX）
	ご契約者様のご住所	都道府県　市区郡		

本ご連絡	本事故連絡票をご記載いただいた方	（カナ） ご契約者様と同じ	ご連絡先	（TEL） （FAX）
			ご契約者様とのご関係	□ ご家族（　　） □ その他（　　）

今後のご連絡先	□ ご連絡者様へのご連絡	□ FAX（FAX番号）		□ ﾒｰﾙ（ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）	
	□ ご連絡者様以外へのご連絡	お名前	（カナ）	ご契約者様とのご関係	□ ご契約者様　□ ご家族（　　） □ その他（　　）
		ご連絡先	□ TEL（電話番号）	□ FAX（FAX番号）	

事故の内容	事故日	年　月　日　午前・午後　時　分頃		
	事故場所	都道府県　付近		
	運転されていた方 ※駐車中の事故などの場合にはご記載は不要です。	（カナ） ご契約者様と同じ　（　歳）	ご契約者様とのご関係	□ ご家族（　　） □ その他（　　）
	警察届出	□ 有（ 人身 ・ 物損 ）【　署】 □ 無	事故時のお車のご使用目的	□ 日常・レジャー　□ 通勤・通学 □ 業務（お仕事）
	おケガの有無	□ 無　□ 運転者に有　□ 同乗者に有（お名前：　）		お相手は下欄
	事故状況・その他備考	自車 相手車		

お相手の情報	お相手のお名前	（カナ）	お相手のご連絡先	（TEL） （FAX）
	お相手のご住所	都道府県　市区郡		
	おケガの有無	□ 無　□ 有	車以外の被害物	□無 □有（　）
	お車の登録ﾅﾝﾊﾞｰ			

【保険会社使用欄】

事故番号	－	担当SC		備考	