

事故連絡票 【自動車保険以外用】

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		保険種目	<input type="checkbox"/> 火災保険 <input type="checkbox"/> 傷害保険 <input type="checkbox"/> その他
	ご契約者様のお名前	(カナ)	ご契約者様のご連絡先	(TEL)
	ご契約者様のご住所	都道府県	市区郡	(FAX)

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

今後のご連絡先	<input type="checkbox"/> ご連絡者様へのご連絡	<input type="checkbox"/> FAX (FAX番号)	<input type="checkbox"/> メール (メールアドレス)		
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ご契約者様 <input type="checkbox"/> ご家族() <input type="checkbox"/> その他()	
	ご連絡先	<input type="checkbox"/> TEL (電話番号)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 保険対象の所在地 (ご自宅等)	<input type="checkbox"/> 右記の通り	➡	都道府県	付近
	事故状況					

特記事項	おケガをされた方やお相手のお名前、被害品などについて、記載ください。	
------	------------------------------------	--

【保険会社使用欄】				
事故番号	— —	担当SC		備考