

(注) 事故受付票の記載内容はお客様の大切な情報ですので、FAX番号をお知らせください。

送信日時 (24時間制)
22年 4月 1日 14:30

自動車保険事故受付票 (ご契約例) 記載例

太枠内の部分は必ずご記入ください。

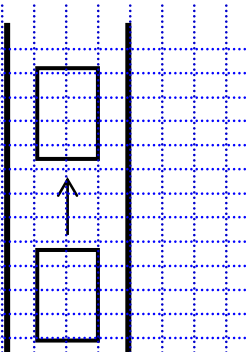



貴社が本自動車保険事故受付票に関する個人情報、本契約の履行、保険引受・支払いの判断、付帯サービスの提供を行うために、下記①～③まで、その他業務上必要とする範囲で取得・利用・提供または登録することに同意します。

① 貴社が上記業務のために、業務委託先(保険代理店を含む)、医療機関、修理業者、保険金請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。
 ② 貴社が保険制度の健全な運営のために、(社)日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けること。
 ③ 貴社が再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと。(引受保険会社等から他の引受保険会社等への提供を含む)
 なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則により限定された目的以外の目的に利用しません。

契約内容	① お客様のお名前をご記入ください。	フリガナ _____ 様										
	② 証券番号、お車のナンバーをご記入ください。	証券番号 <table border="1"><tr><td>K</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr></table> お車のナンバー 品川 300 あ 0000 <small>他車運転</small> ファミリーバイク	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
③ お客様のご連絡先、ご希望される連絡方法をご記入ください。(お書き間違いのないようご注意ください。)	ご連絡先(FAX) 03-5555-8888 <small>FAX</small> ご連絡先(メールアドレス) _____ <small>メール</small>											

事故	④ 事故の日時をご記入ください。	20 <table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td></tr></table> 年 <table border="1"><tr><td>0</td><td>3</td></tr></table> 月 <table border="1"><tr><td>3</td><td>1</td></tr></table> 日 時刻 <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	1	0	0	3	3	1	2	0	0	0
	1	0										
0	3											
3	1											
2	0											
0	0											
⑤ 事故の場所(住所)をご記入ください。	東京 <small>都道府県</small> 新宿 <small>市区郡</small> 西新宿1丁目 <small>目標物</small> 〇×ビル付近											

事故内容	⑥ 運転されていた方のお名前、生年月日等をご記入ください。	運転者(契約者との関係) <input type="radio"/> 本人 <input checked="" type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 同居親族 <input type="radio"/> 別居未婚の子 <input type="radio"/> 従業員 <input type="radio"/> 同居の子・配偶者 <input type="radio"/> 友人 <input type="radio"/> その他()	生年月日 <table border="1"><tr><td>M</td><td>T</td></tr><tr><td>S</td><td>H</td></tr></table> 46年 10月 10日 生 33才	M	T	S	H
		M	T				
		S	H				
フリガナ ソノボ ハナコ	免許取得日 <table border="1"><tr><td>M</td><td>T</td></tr><tr><td>S</td><td>H</td></tr></table> 2年 8月 8日	M	T	S	H		
M	T						
S	H						
運転者名 損保 花子 様	免許証番号 1111111111111111						

内容	⑦ 事故の状況をご記入ください。	[状況図] 	[説明] 脇見運転をしていたため、信号待ちで停車中の相手車に、追突した。
		損傷箇所を塗ってください 自動車  相手車  () 車 	

車両	⑧ ご自身のお車の修理先をご記入ください。	整備工場名 △△自動車 担当 社長 様	整備工場TEL 03-5555-6666
----	-----------------------	-----------------------------------	-----------------------------

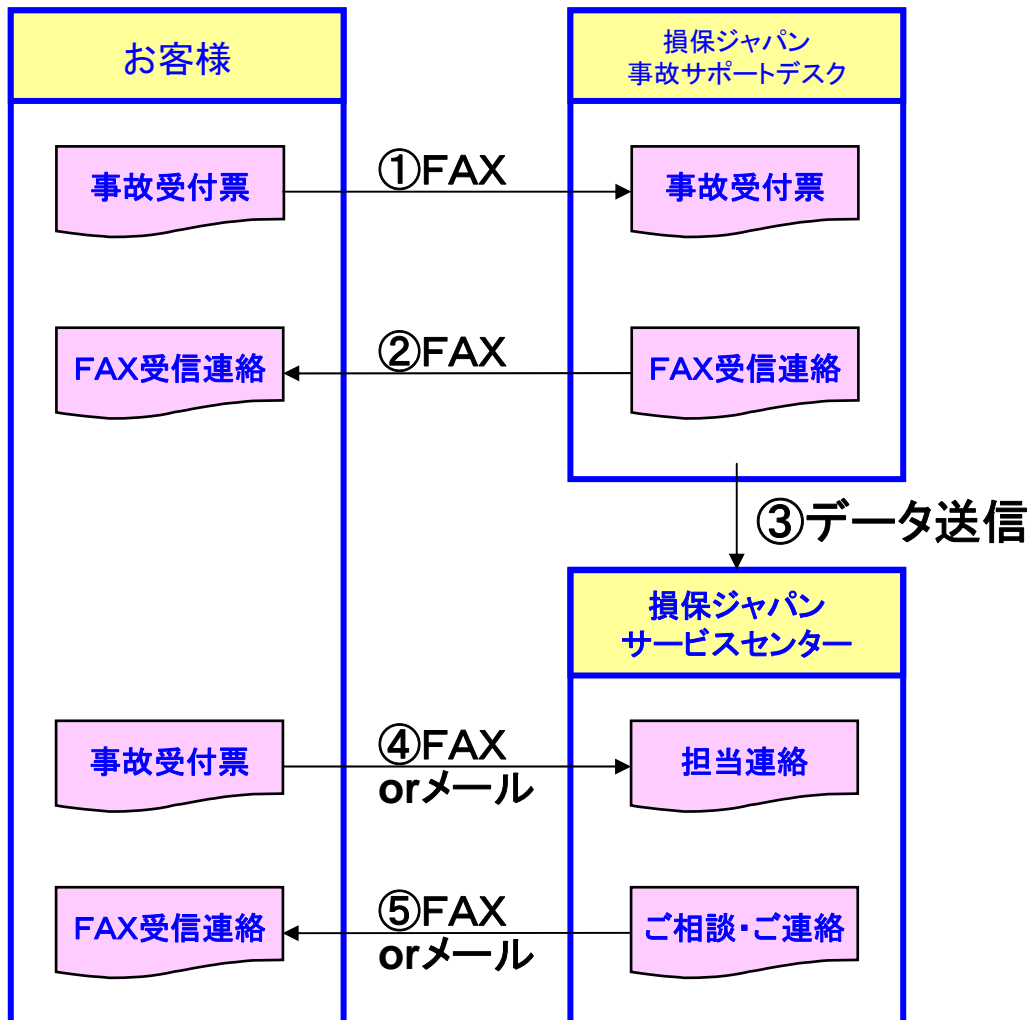
対物	⑨ 事故によって相手方のお車等が損傷した場合に、ご記入ください。相手方が複数の場合には、本用紙をコピーしてご使用ください。	フリガナ _____ 相手方運転者名 田中 一郎 様	相手方加入保険会社名 (TEL) _____
		TEL 自宅 _____ 勤務先 03-4444-6666 携帯 090-1111-6666	(相手方の車名) _____ (相手方のお車ナンバー) _____
		相手方住所 東京都新宿区〇〇3丁目3-3 ××マンション101	相手方整備工場名 (TEL) _____

人身事故関連	⑩ 事故によっておけがをされた方がいらっしゃる場合に、ご記入ください。おけが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 同上 様	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 年齢 45 才
		TEL 自宅 _____ 勤務先 _____	傷病名 頸部捻挫 <input checked="" type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 入院
		負傷者住所 _____	医療機関名 西新宿病院 医療機関TEL 03-5555-1111

搭乗区分 相手車(運転・同乗) 契約車(運転・同乗)	自賠責保険会社名 _____	証券番号 _____	保険期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日
-----------------------------------	----------------	------------	--

事故のご連絡の流れ

- ①事故に遭われた場合には、記載例を参考に「自動車保険事故受付票」に必要事項をご記入のうえ、事故サポートデスクへFAX送信ください。(事故受付専用FAX番号0120-666-159)
- ②事故サポートデスクでは、お客様から「自動車保険事故受付票」を受信したのち、お客様へFAXにて受信確認のご連絡をいたします。
- ③事故サポートデスクでは、事故内容をデータ入力し、お客様の事故を担当するサービスセンターへ連絡します。
- ④サービスセンターは、FAXあるいはメールにより、お客様へ担当のご挨拶、事故解決の流れをご説明いたします。
- ⑤当社へのご連絡等は、担当のサービスセンターへFAXあるいはメールにてご連絡ください。



<注> 事故サポートデスクの専用FAX番号は、事故受付専用ですので、ご相談のご連絡をいただいても、ご対応できません。
ご連絡およびご相談につきましては、担当のサービスセンターへ直接ご連絡願います。