

(事故受付シート) 耳や言葉の不自由なご契約者の皆さまへ

電話をご利用できないお客さまは、下記内容をご記入のうえ、専用FAX番号へファックスでお送りください。

テレホンサービスセンター

専用FAX番号 0120 - 565 - 226 (24時間365日受付)
FAX番号のおかけ間違いにご注意ください。

太枠内(印)はすべてご記入ください。ご記入がない場合、事故の受付ができないことがありますのでご注意ください。

証券番号				(カナ) 契約者氏名			
ご契約者	連絡先	ご希望の連絡手段	FAX番号	Eメールアドレス	電話番号(対応される方のご関係を記入してください)		
		FAX Eメール 電話			ご本人 ご家族 その他	() () ()	
	住所	〒					
事故日		年	月	日	午前 午後	時	分頃

場合自動車 のみ記入の 保険の	運転者	契約者との関係	(カナ)	生年月日		
	本人 家族 従業員 その他	() () () ()	氏名	年	月	日
	契約車名			登録番号		

事故内容	事故場所	都道府県		市区郡	区町村	付近		
	事故の相手	氏名			勤務先			
		住所				TEL		
		被害車両の登録番号(被害物が車以外ときは具体名をご記入ください。)				車名		色
ケガを された方	本人	同乗者	第三者	連絡先				
	本人	同乗者	第三者	連絡先				

事故状況	警察	届出 有・無	警察署	扱い 人身・物損		
	事故状況図	お客さま車両 相手方車両			備考	