

事故受付票 自動車保険以外用 (耳や言葉の不自由なお客さま用)

- 盗難等の犯罪被害の場合、歩行中や自転車運転中を含め交通事故の場合は、必ず警察へお届けください。
- お客さまの情報、ご連絡先、事故状況等をご記入いただき、FAXで弊社までご連絡ください。
- 事故受付票の記載内容はお客さまの大切な情報です。FAX番号のお間違いには十分にご注意ください。

太枠内をご記入ください

■平日午前9時から午後5時までの受付分は原則当日中にご連絡いたします。

上記時間帯以外の受付分に関しましては翌営業日(年末年始は翌営業日以降)のご連絡となります。

《個人情報の利用目的》

お客さま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や弊社グループ内での確認を含みます)、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いたしますので、予めご了承ください。

ご契約の内容	ご契約の保険	じぶんでえらべる火災保険 ・ Super Value Plus ・ その他()		
	証券番号	加入者番号		
	ご契約の保険	じぶんでえらべる火災保険 ・ Super Value Plus ・ その他()		
	証券番号	加入者番号		
補償を同じくする他の保険・共済		無し ・ 有り → 会社名() ご契約の種類()		

ご契約者様	ご契約者様 (ご加入者様)	(カナ) ----- お名前 様	ご契約者様のご連絡先	(TEL) _____ (e-mail) _____
	ご住所	〒 _____ 都道府県 _____ 市区郡 _____		

ご連絡窓口	お客さまのご連絡窓口	(カナ) ----- お名前 様	ご契約者様との関係	<input type="checkbox"/> ご契約者様ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	ご連絡方法	① 携帯・自宅・職場 _____ ② 携帯・自宅・職場 _____ メールアドレス _____		

事故の内容	事故の日時	20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 午前・午後 ____ 時 ____ 分頃			
	事故の場所	契約者住所と同じ _____ 都道府県 _____ 市区郡 _____			
	事故の種類	<input type="checkbox"/> ご契約の被保険者(補償の対象となる方)がケガをされた事故 <input type="checkbox"/> ご契約の「建物」や「家財」が損害を被った事故 <input type="checkbox"/> 「携行品」が損害を被った事故 <input type="checkbox"/> 第三者にケガをさせたり、第三者の財物を破損させた事故(賠償事故)			<input type="checkbox"/> 左記以外の事故
	ケガをした方	お名前 _____ 様 男・女 生年月日 _____ 年齢 ____ 才			
	損害を被った物	_____			
	わかる範囲で以下についてご記入下さい	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
	医療機関	病院名 _____		電話番号 _____	
	修理業者	業者名 _____		電話番号 _____	



事故受付票 **自動車保険以外用** (耳や言葉の不自由な方) **記載例**

● 盗難等の犯罪被害の場合、歩行中や自転車運転中を含め交通事故の場合は、必ず警察へお届けください。
 ● お客さまの情報、ご連絡先、事故状況等をご記入いただき、FAXで弊社までご連絡ください。
 ● 事故受付票の記載内容はお客さまの大切な情報です。FAX番号のお間違いには十分にご注意ください。

太枠内をご記入ください

■ 平日午前9時から午後5時までの受付分は原則当日中にご連絡いたします。
 上記時間帯以外の受付分に関しましては翌営業日(年末年始は翌営業日以降)のご連絡となります。

《個人情報の利用目的》
 お客さま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や弊社グループ内での確認を含みます)、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いたしますので、予めご了承ください。

ご契約の内容	ご契約の保険	じぶんでえらべる火災保険・ Super Value Plus ・ その他()		
	証券番号	1 1 2 3 4 5 6 7 8 9	加入者番号	
	ご契約の保険	じぶんでえらべる火災保険・ Super Value Plus ・ その他()		
	証券番号		加入者番号	
補償を同じくする他の保険・共済		無し・ 有り → 会社名(○○損害保険) ご契約の種類(住宅総合保険)		

ご契約者様	ご契約者様 (ご加入者様)	(カナ) セゾン タロウ お名前 セゾン 太郎 様	ご契約者様のご連絡先 (TEL) 03-1234-XXXX (e-mail) dummy11@ins-saison.co.jp
	ご住所	〒 東京 都道府県 豊島 市郡 東池袋3-1-1	

ご連絡窓口	お客さまのご連絡窓口	(カナ) セゾン イチロウ お名前 セゾン 一郎 様	ご契約者様とのご関係 <input type="checkbox"/> ご契約者様ご本人 <input checked="" type="checkbox"/> ご家族 (長男) <input type="checkbox"/> その他 ()
	ご連絡方法	① 携帯 ・自宅・職場 090 - 9876 - XXXX ② 携帯・自宅・職場 - - メールアドレス	

事故の内容	事故の日時	20 16 年 9 月 20 日 午前・ 午後 5 時 30 分頃		
	事故の場所	契約者住所と同じ 都道府県 市区郡		
	事故の種類	<input type="checkbox"/> ご契約の被保険者(補償の対象となる方)がケガをされた事故 <input checked="" type="checkbox"/> ご契約の「建物」や「家財」が損害を被った事故 <input type="checkbox"/> 「携行品」が損害を被った事故 <input type="checkbox"/> 第三者にケガをさせたり、第三者の財物を破損させた事故(賠償事故)		<input type="checkbox"/> 左記以外の事故
	ケガをした方	お名前 様 男・女 生年月日 年齢 才		
	損害を被った物	住宅の屋根、室内		
	わかる範囲で以下についてご記入下さい	台風16号の接近で、一戸建て住宅が壊された。 屋根瓦が半分くらい飛ばされて、そこから雨が入って、天井や室内が濡れた。 畳や壁も濡れて汚損して、住める状態ではありません。 ブルーシートで応急処置しているが、すぐに修理を始めたい。		
	医療機関	病院名	電話番号	
修理業者	業者名	電話番号		