

FAX 0796-43-2290

自動車保険事故連絡票

コピーをしてご使用ください

通知者	様		電話番号				
ご契約者	お名前	様	証券番号				
	電話番号			車のナンバー			
運転者	お名前	様					
	ご住所						
	電話番号			生年月日	年 月 日生		
	免許証の色			有効期限	年 月 日まで		
事故日時	20 年 月 日		時 分頃				
事故発生場所(住所)							
警察届出	有・無		署				
[事故状況図]			[説明]				
						
						
						
			損害個所を塗ってください 自車  相手車  バイク 				
車両整備工場名		入庫	済・未	電話番号		担当	様

相手方運転者名	様	電話番号			
相手方住所					
車のナンバー		車名		相手保険会社	

負傷者氏名	様	電話番号			
負傷者住所					
ご生年月日	年	月	日	歳	男・女
医療機関名					
負傷者氏名	様	電話番号			
負傷者住所					
ご生年月日	年	月	日	歳	男・女
医療機関名					

※この事故連絡票に記載された個人情報は、みのり保険事務所プライバシーポリシーに基づき、定められた利用目的の範囲内で利用させていただきます。