事故受付票【自動車保険用】

下記に必要事項をご記入のうえファクシミリにてご連絡ください。

FAX番号 **078-578-8732**

お客様の情報	ご契約者名		(フリカナ)	
	車のナンバー			
	運転者名		(フリカナ)	ご契約者との続柄
	ご対応頂ける方	お名前	(フリカナ)	ご契約者との続柄
		連絡先		
		ご希望	平日・(　　)曜日の　(　　)時 ～(　　)時の間	

事故の内容	事故日時	20　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分頃
	事故場所	都道府県　　付近
	ケガの有無	□ 運転者にあり　□ 同乗者にあり(　　)　□ なし
	事故状況	

お相手の情報	お名前	(フリカナ)
	連絡先	
	ケガの有無	□あり(　　)名　□ なし

<個人情報の利用について> 今回お聞きした情報は、事故処理に関する諸業務に利用させていただきます。