事故受付票 自動車保険用

耳や言葉の不自由なお客様へ
事故が起こったときには、事故の状況、損害額の大小を問わず取扱代理店・扱者または下記までご連絡ください。

下記にご記入いただき、ファックスにてご連絡ください。
※FAX番号のお間違いには十分ご注意ください。右記FAXは、東京海上日動安心110番（事故受付センター）で受け付けております。

専用FAX番号 **0120-119-569**
（24時間365日受付）

弊社営業時間中（平日9時～17時）の受付分に関しましては当日中にご連絡致します。

営業時間外の受付分は翌営業日のご連絡となりますので、
お急ぎの場合には、右記「至急のご連絡欄」にチェックをお願い致します
（事故受付センターから窓口の方にご連絡をさせていただきます）。

至急のご連絡	□希望（　日　午前／午後　時頃）

「★」欄には必ずご記入をお願い致します。

ご契約の内容	★証券番号		★登録番号（ナンバープレート）	
	★ご契約者様のお名前	（カナ）	★ご契約者様のご連絡先	（TEL） （FAX）
	ご契約者様のご住所	都道府県　市区郡		

ご連絡の窓口	★窓口の方のお名前	（カナ）	ご契約者様とのご関係	□ご契約者様　□自車運転者 □ご家族 □その他（　）
	★窓口の方のご連絡先	（TEL）　（FAX）　（e-mail）		

事故の内容	★事故日	20　年　月　日　午前／午後　時　分頃	レッカー手配	□必要　□不要
	事故場所	都道府県　付近		
	警察届出	□有り（人身・物損）【　署】 □無し	運転者	□ご契約者様 □その他の方（　）
	おケガの有無	□運転者に有り　□同乗者に有り（お名前：　）　□無し		
	★事故状況・その他特記事項		自車　相手車	

お相手の情報	お相手のお名前	（カナ）	お相手のご連絡先	（TEL） （FAX）
	お相手のご住所	都道府県　市区郡	登録番号（ナンバープレート）	
	おケガの有無	□有り　□無し	車以外の被害物	□有り（　）　□無し

＜個人情報の利用目的＞　お客様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間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させていただきます。