

お客さま専用事故受付用紙（自動車保険用）

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、セーフティ24コンタクトセンターで受け付けております。

専用
FAX
番号

0120-252-849

(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いたします。

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「至急の連絡を希望」にチェックをお願い致します。セーフティ24コンタクトセンターから窓口の方にご連絡をさせていただきます。



至急の連絡を希望

「★」欄には必ずご記入をお願い致します。

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

事故状況	損傷箇所 当方車 その他 <input type="checkbox"/> 相手車 その他 <input type="checkbox"/>	状況図 	説明文 信号(無)有 当方車制() 相手車制() _____ _____ _____ _____ 当方車 速度 道路幅 km/h 相手車 速度 道路幅 km/h	備考(連絡先、担当名、連絡事項など)
------	--	---------	--	--------------------

事故日・場所	★事故日	年 月 日 午前 時 分頃 午後
	事故場所	都道府県 付近

事故の内容	警察届出	<input type="checkbox"/> 有り (人身・物損) 【 署】	運転者	<input type="checkbox"/> ご契約者さま <input type="checkbox"/> その他の方()
	おケガの有無	<input type="checkbox"/> 運転者に有り <input type="checkbox"/> 同乗者に有り(お名前:) <input type="checkbox"/> 無し		

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	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	車以外の被害物	<input type="checkbox"/> 有り() <input type="checkbox"/> 無し

ご連絡窓口	★窓口の方のお名前	(カナ)	ご契約者さまとの関係	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他()
	★窓口の方のご連絡先	(TEL)	(FAX)	

<個人情報利用目的> ご提供いただいたお客さまの個人情報は、適切な保険金のお支払いその他契約の履行、付帯各種サービスのご提供・ご案内のほか、保険制度の健全な運営、ご継続のご案内、他の保険商品のご提案、弊社内での市場調査および商品・サービスの研究・開発、弊社子会社・関連会社および提携先の金融商品・サービスのご紹介・ご提供のために利用させていただき、これ以外の目的には使用しません。