

## 賠償責任 事故受付票

受付日: 年 月 日

## 0.事故日

事故日	年 月 日	事故時間	AM PM	時 分 頃	営業課支社	ライフプロL1(66D1)	代理店	東京FA第一営業部 (1107)
契約内容	証券番号	契約者名		氏名(フリガナ)		被保険者名		氏名(フリガナ)
	明細番号			特定非営利活動法人日本ウインドサーフィン協会 理事長 石原智央 様				様
	保険種目	個人賠償責任補償		被保険者住所				
	保険種類	総合生活保険						☎

## 1.報告者・事故場所・事故状況

報告者	1.契本人 2.契親族 3.代理店 4.その他(被保険者)			届出先種類	警察・消防・その他	
	氏名(フリガナ)				届出状況	官公署名等
			様 ☎	受理番号		
				届出日		
事故の内容	事故場所	都道府県				
	事故状況					

## 2.損害の内容

対人	被害者	年齢	職業	負傷部位・程度	病院	連絡先	担当者
対物	被害物/所有者名	購入時期	購入価格	損害見込額	修理先	連絡先	担当者
	/						
	/						

## 3.他契約の確認

有無	他の保険契約(損保・生保・共済等): 有・無・不明				
	有の場合他社への連絡: 済・未済				
内容	会社名	連絡先	保険の種類	証券番号	保険金額

## 4.日中連絡先/個人情報

1.契約者 2.報告者 3.その他		様
連絡先		
希望時間等		
個人情報開示に関する確認		同意・未同意・対象外

## 5.書類発送・弊社からの連絡

書類	代理店から送付・依頼済	保険金請求書	示談書	示談金領収書	修理見積書	写真	領収書	診断書	治療費明細書	休業損害証明書	( )	( )	( )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
送付先	損害サービス拠点から送付要 送付先 契約者・被保険者・その他(以下に記載) 氏名(フリガナ) 住所 〒 - 様												
連絡	要・不要	連絡先 氏名(フリガナ) 様 ☎											

## 連絡事項

(株)ライフプラザパートナーズ  
 東京FA第一営業部  
 TEL;03-5322-7211  
 FAX;03-5322-7253  
 担当;富山