

SI-S 事故連絡票 (賠償責任保険)

受付日: _____

ご担当者: _____

虹のサービス有限会社 経由 (FAX: 088-822-1837)

明治安田損害保険株式会社
傷害・火災・新種保険 サービスグループ行

TEL: 088 (821) 4680

団体名	高知県庁消費生活協同組合	回番号	91-25411-1-000000
-----	--------------	-----	-------------------

▼当事者をご記入ください

加入者	フリガナ	被保険者番号		所属		職種	
氏名		生年	SHR 年 月 日	性別	男女		

優先順位をご記入ください▼

被保険者	氏名	フリガナ	加入者からみた続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 同居の親族	電話番号	日中連絡先	()
	生年	SHR 年 月 日	性別	男女			自宅	()	
	現住所	〒 - 都道府県					勤務先	()	

労災申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他社賠償契約	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有	会社名	保険種類
交通事故の場合	警察届出 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転 <input type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中			

▼24 時間表示

事故日	HR 年 月 日 () 曜日	時 分頃	<input type="checkbox"/> 自敷宅内	<input type="checkbox"/> 自敷宅外
事故地	〒 - 都道府県 (施設名)			
事故状況 (詳しく記入してください)	(何をしている時)	(何が起きて)	(どうなったのか)	
目撃者	氏名	続柄	電話番号	()

▼上記記入欄に記入しきれない場合、損害物の図、現場状況図等ご自由にご記入ください

賠償責任	当事者	フリガナ	性別	男女	年齢	才
	被害者	フリガナ	性別	男女	年齢	才
	職業					
	住所	〒 - 都道府県				
	電話番号	()				
■ 対物	被害物	損害品	損害見込	円		
■ 対人	傷病程度	傷病名	治療見込	週		