

事故連絡票 ご記入例 (賠償責任)

「事故連絡票」に漏れがあると、保険金の支払いまでに時間を要する場合がございます。正確にご記入の上ご提出ください。

①～②までご確認の上、正確に記入してください。記入後、③宛にFAXでお送りください。

SI-S 事故連絡票 (賠償責任保険)

FAX 029-301-1617

受付日:

ご担当者:

TEL:

有限会社CTVサービス 経由

茨城県市町村職員共済組合

91-90800-5-000001

CLR

91-

①

①加入者名、被保険者名等を記入します。

▼当事者をご記入ください

加入者 氏名	イバラキ タロウ 茨城 太郎	被保険者番号	XXXXXXXXXX	性別	男	所属	〇〇市役所	職種	
加入者からみた続柄		配偶者	<input type="checkbox"/>	子	<input type="checkbox"/>	同居の親族	<input type="checkbox"/>	日中連絡先	090 (XXXX)XXXX
被保険者 氏名		生年月日	年 月 日	性別	男	電話番号		自宅	029 (XXXX)XXXX
被保険者 現住所	茨城 都道府県 水戸市〇〇町978-26	勤務先		勤務先		勤務先		勤務先	029 (XXXX)XXXX
メール	tarou.ibaraki@meiyasu_ind.com		taroo0M@gxmailx.com						

②

②事故の内容・賠償責任について記入します。

労災申請	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	他社賠償契約	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有	被保険者	〇〇損保	賠償種類	火災保険
交通事故	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転中	<input checked="" type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中	△△クレジットカード	個人賠償保障特約		
事故日	2017年7月19日(日)曜日			14時00分頃	<input type="checkbox"/> 自 宅 内	<input checked="" type="checkbox"/> 自 宅 外	
事故地	東京都 渋谷区渋谷1-5付近の交差点			(施設名)			
事故状況 (詳しく記入してください)	自転車で車道を走行中		信号機のない横断歩道で歩行者と接触し		歩行者が転倒してけがをした		
目撃者	氏名	損害 二郎	続柄	なし	電話番号	090 (XXXX)XXXX	
当事者	氏名	イバラキ タロウ 茨城 太郎	性別	男	年齢	54才	
被保険者	氏名	メイジ ハナコ 明治 花子	性別	女	年齢	35才	
職業	主婦						
住所	東京都 豊島区高田2-2						
電話番号	090 (XXXX)XXXX						
対物	被害物	損害品	損害見込				
対人	傷病名	治療見込	円				
	頭部打撲、頸椎捻挫	2	週				