

Auto Claim

事故報告日: _____ 報告 時間: _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

被保険者の詳細

被保険者のお名前:	_____
保険会社名:	_____
事故の日付:	_____
事故の時間:	_____
場所:	_____
事故についての詳細:	_____
どちらの過失か?	被保険者・相手側 _____
車種:	_____
現在の車の損害状況 (運転できる状態かレッカー車が必要か等も教えてください):	_____
ライセンスプレートナンバー:	_____
ご希望の修理工場名、住所、電話番号:	_____
お客様のお車の中で怪我人情報:	_____

相手側の情報

お名前:	_____
住所:	_____
電話番号:	_____
誕生日:	_____
車種:	_____
車の色:	_____
プレートナンバー:	_____
保険会社:	_____
ポリシーナンバー:	_____
その他に事故に関わった方のお名前とTEL:	_____
救急車、レッカー車や警察を呼ばれたかどうか:	_____