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： _____ Policy#: _____

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:
警察のレポートナンバーとどこのPolice Departmentが作成したものか。

メモ：