

(注)事故受付票の記載内容はお客さまの大切な情報ですので、FAX番号をお間違えないよう、ご注意願います。

送信日時 (24時間制) 年 月 日

自動車保険事故受付票 (ご契約者用)

兼個人情報の取扱に関する同意書

太枠内の部分は必ずご記入ください。

損害保険ジャパン日本興亜株式会社(以下、「損保ジャパン日本興亜」といいます。)が本自動車保険事故受付票に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損保ジャパン日本興亜の取り扱い商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うために利用するほか、下記①から④まで、その他業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行うことに同意します。
 ①損保ジャパン日本興亜が、上記業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
 ②損保ジャパン日本興亜が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
 ③損保ジャパン日本興亜が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。)があること。
 ④損保ジャパン日本興亜が、グループ企業や提携先企業に提供を行い、その企業が取り扱う商品等の案内または提供を行うことがあること。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則により限定された目的以外の目的に利用しません。

契約内容	①お客さまのお名前をご記入ください。	フリガナ _____ 様	
	②証券番号、お車の登録番号をご記入ください。	証券番号	お車の登録番号 <input type="checkbox"/> 他車運転 <input type="checkbox"/> ファミリーバイク
	③お客さまのご連絡先、ご希望される連絡方法をご記入ください。(お書き間違いのないようご注意ください。)	ご連絡先 (FAX) (メールアドレス)	(ご連絡時間帯のご要望) 時 ~ 時
事故	④事故の日時をご記入ください。	20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	(24時間制) 時刻 <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
	⑤事故の場所(住所)をご記入ください。	都道府県	市区郡 目標物
事故内容	⑥運転されていた方のお名前、生年月日等をご記入ください。	運転者(記名被保険者との関係) <input type="radio"/> 1 本人 <input type="radio"/> 2 配偶者 <input type="radio"/> 3 同居親族 <input type="radio"/> 4 別居未婚の子 <input type="radio"/> 5 従業員 <input type="radio"/> 6 友人 <input type="radio"/> 7 同居の子 <input type="radio"/> 9:その他()	生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生 才
		フリガナ 運転者名 _____ 様	免許種類 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大I <input type="checkbox"/> 大II <input type="checkbox"/> 警察届出 免許有効期限 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで <input type="checkbox"/> 2 人扱 <input type="checkbox"/> 3 物扱 <input type="checkbox"/> 9 無
車両	⑦事故の状況・ご要望をご記入ください。※紙面が足りない場合は本紙と同じタイミングで白紙に記載のうえ、FAX送信をおねがいします。	【状況図】	【説明】
		【要望など】	損傷箇所を塗ってください 自転車 <input type="checkbox"/> 損傷無 <input type="checkbox"/> 相手車 <input type="checkbox"/> 損傷無 <input type="checkbox"/> ()車 <input type="checkbox"/> 損傷無 <input type="checkbox"/>
対物	⑧ご自身のお車の修理先をご記入ください。	整備工場名 _____ 担当 _____ 様	入庫 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> レッカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 宿泊費用 <input type="checkbox"/> 移動費用 <input type="checkbox"/> 代車費用 <input type="checkbox"/>
		整備工場TEL _____	
人身事故関連	⑨事故によって相手方のお車等が損傷した場合に、ご記入ください。相手方が複数の場合には、本用紙をコピーしてご使用ください。	フリガナ 相手方 運転者名 _____ 様	相手方のお車の登録番号 _____ 相手方の車名 _____
		TEL _____	整備工場名 TEL _____
人身事故関連	⑩事故によっておケガをされた方がいらっしゃる場合に、ご記入ください。おケガをされた方が複数いらっしゃる場合には、本用紙をコピーしてご使用ください。	相手方住所 _____	相手方加入 保険会社 _____ 担当 _____ 様
		フリガナ 負傷者名 _____ 様	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 才
人身事故関連	搭乗区分 相手車(運転・同乗)・契約車(運転・同乗)	性別 <input type="radio"/> 1 男 <input type="radio"/> 2 女	傷病名 _____
		TEL _____	医療機関名 _____
人身事故関連	自賠責保険会社名 _____	医療機関住所 _____	医療機関 TEL _____
		証明書番号 _____	保険期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

<旧日本興亜損保でご契約のお客さま0120-889-204>

(注)事故受付票の記載内容はお客さまの大切な情報ですので、FAX番号をお間違えないよう、ご注意ください。

送信日時 **××年 11月 13日**
(24時間制) **9:30**

自動車保険事故受付票 (ご契約者用)

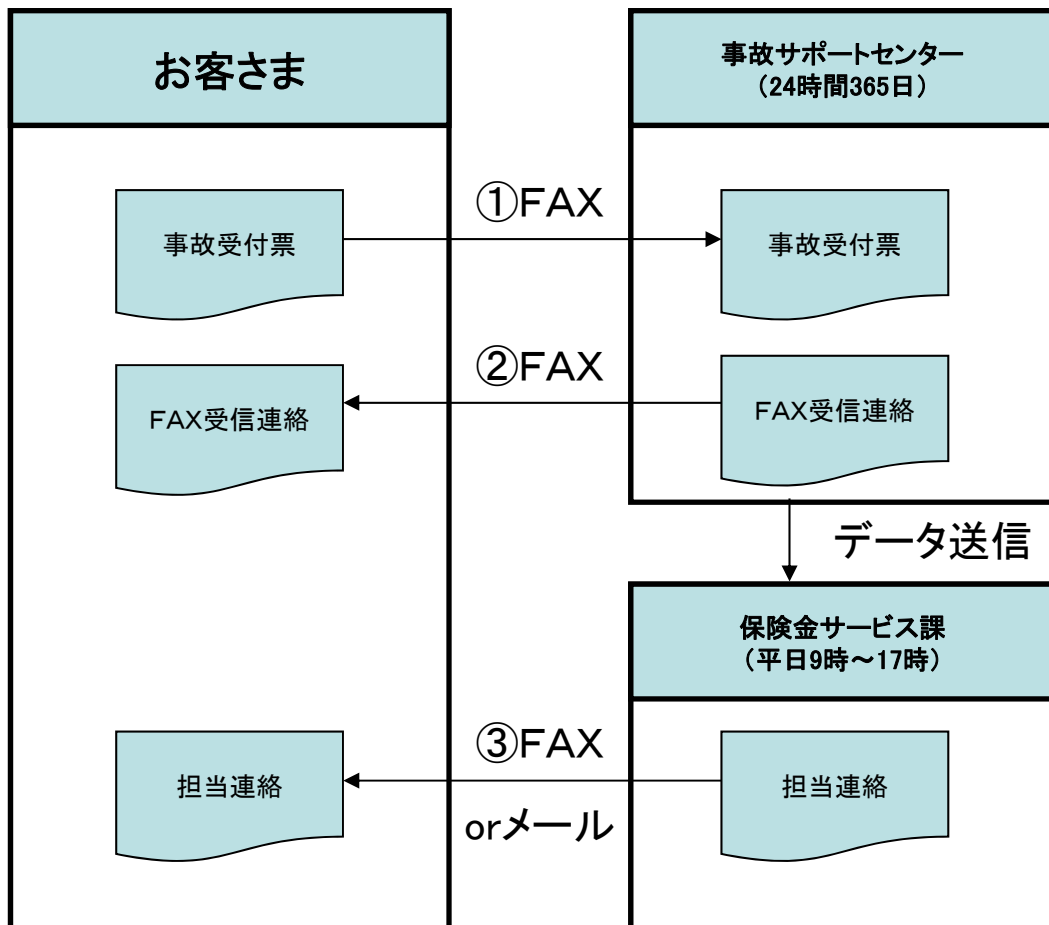


損害保険ジャパン日本興亜株式会社(以下、「損保ジャパン日本興亜」といいます。)が本自動車保険事故受付票に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、損害賠償の取り扱い商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うために利用するほか、下記①から④まで、その他業務上必要とする範囲内に同意します。
 ①損保ジャパン日本興亜が、上記業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行うことがあること。
 ②損保ジャパン日本興亜が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
 ③損保ジャパン日本興亜が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。)があること。
 ④損保ジャパン日本興亜が、グループ企業や提携先企業に提供を行い、その企業が取り扱う商品等の案内または提供を行うことがあること。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則により限定された目的以外の目的に利用しません。

契約内容	①お客さまのお名前をご記入ください。	フリガナ ツネ保 太郎 様
	②証券番号、お車の登録番号をご記入ください。	証券番号 K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 お車の登録番号 品川 300 あ 0000 (他車運転) <input checked="" type="checkbox"/> ファミリーバイク
	③お客さまのご連絡先、ご希望される連絡方法をご記入ください。(お書き間違いのないようご注意ください。)	ご連絡先 (ご連絡時間帯のご要望) (FAX) 9 時 ~ 17 時 FAX <input checked="" type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> (メールアドレス) ●●●●@××.co.jp
事故	④事故の日時をご記入ください。	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 1 1 月 1 2 日 時刻 2 3 : 0 9 (24時間制)
	⑤事故の場所(住所)をご記入ください。	東京 都道府県 新宿 市区郡 西新宿1丁目 目標物
事故内容	⑥運転されていた方のお名前、生年月日等をご記入ください。	運転者(記名被保険者との関係) <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 同居親族 <input type="radio"/> 別居未婚の子 <input type="radio"/> 従業員 <input type="radio"/> 友人 <input type="radio"/> 同居の子 <input type="radio"/> その他() 生年月日 M T S H ××年 1 1 日生 42 才 免許種類 普 中 大I 大II 警察届出 <input checked="" type="checkbox"/> 人扱 <input type="checkbox"/> 物扱 <input type="checkbox"/> 無 フリガナ ツネ保 太郎 様 運転者名 平成 免許有効期限 ××年 2 月 1 日 日まで
	⑦事故の状況・ご要望をご記入ください。※紙面が足りない場合は本紙と同じタイミングで白紙に記載のうえ、FAX送信をおねがいします。	【状況図】 【説明】 脇見運転により、信号待ちで停止中の相手車両に追突してしまいました。 【要望など】 損傷箇所を塗ってください 自動車 <input checked="" type="checkbox"/> 損傷無 <input type="checkbox"/> 相手車 <input checked="" type="checkbox"/> 損傷無 <input type="checkbox"/> ()車 <input type="checkbox"/> 損傷無 <input type="checkbox"/>
車両	⑧ご自身のお車の修理先をご記入ください。	整備工場名 △△自動車 担当 様 整備工場TEL 03-1111-×××× 入庫 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> レッカー <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 宿泊費用 <input type="checkbox"/> 移動費用 <input type="checkbox"/> 代車費用 <input type="checkbox"/>
対物	⑨事故によって相手方のお車等が損傷した場合に、ご記入ください。相手方が複数の場合には、本用紙をコピーしてご使用ください。	フリガナ タカ イチロウ 相手方 田中 一郎 様 相手方お車の登録番号 品川500か×××× 、相手方の車名 マーチ TEL 03-2222-×××× 整備工場名 TEL 相手方住所 東京都新宿区西新宿2丁目 1-1 00マンション101 相手方加入保険会社 担当 様 TEL
人身事故関連	⑩事故によっておケガをされた方がいらっしゃる場合に、ご記入ください。おケガをされた方が複数いらっしゃる場合には、本用紙をコピーしてご使用ください。	フリガナ 対物と同じ 様 生年月日 ××年 1 月 15 日 年齢 28 才 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 傷病名 頸椎捻挫 <input checked="" type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 入院 TEL 医療機関名 西新宿病院 医療機関TEL 03-3333-×××× 搭乗区分 <input checked="" type="checkbox"/> 相手車(運転・同乗)・契約車(運転・同乗) 自賠責保険会社名 証明書番号 保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日

事故のご連絡の流れ

- ①事故に遭われた場合には、記載例を参考に「自動車保険事故受付票」に必要事項をご記入の上、事故サポートセンターへFAX送信ください。(事故受付専用FAX番号 0120-666-159※旧日本興亜損保でご契約のお客さま 0120-889-204)
- ②事故サポートセンターでは、お客さまから「自動車保険事故受付票」を受信したのち、お客さまへFAXにて受信確認のご連絡をいたします。
- ③保険金サービス課は、FAXあるいはメールにより、お客さまへ担当のご挨拶、事故解決の流れをご説明いたします。



<注> 事故サポートセンターの専用FAX番号は、事故受付専用です。
事故受付以外のご連絡およびご相談につきましては、担当の保険金サービス課へ直接ご連絡いただきますよう、
お願いいたします。(受付時間: 平日9時~17時)