

<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 (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う商品・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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> お車の登録番号 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">他車運転</span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">ファミリーバイク</span>
	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) _____ 時 ~ _____ 時 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">FAX</span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">メール</span> (メールアドレス)

事故	④事故の日時をご記入ください。	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 _____ 時刻 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (24時間制)
	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)	生年月日	才 _____ 日生 _____ 月 _____ 年
		<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( )	免許種類	<span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">普通</span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">中</span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">大I</span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">大II</span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">警察届出</span>
		フリガナ _____ 運転者名 _____ 様	免許有効期限	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

事故内容	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 自動車 <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"/>

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 _____ 担当 _____ 様 整備工場TEL _____	<input type="checkbox"/> 入庫 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> レッカー <input type="checkbox"/> 有 <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"/> 未 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無
----	----------------------	---	---

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 _____ 様 相手方 _____ 様 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 _____
		相手方住所 _____	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 _____ 様 負傷者名 _____ 様 対物と同じ	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 才
		TEL _____	性別 <input type="radio"/> 1 男 <input type="radio"/> 2 女 <input type="checkbox"/> 傷病名 _____ <input type="checkbox"/> 1 通院 <input type="checkbox"/> 2 入院
		医療機関名 _____	医療機関 TEL _____
		負傷者住所 _____	

搭乗区分 _____ (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
------------------------------------	----------------------------	--

<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 (24時間制) ××年 11月 13日 9:30

自動車保険事故受付票 (ご契約者用) 兼個人関係



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。)... 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。)... 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。)... 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。 ②証券番号、お車の登録番号をご記入ください。 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。)

フリガナ 損保 太郎 様 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 ファミリーハイウェイ ご連絡先 (ご連絡時間帯のご要望) (FAX) (メール) ●●●●@××.co.jp 9時~17時 FAX メール

事故 ④事故の日時をご記入ください。 ⑤事故の場所(住所)をご記入ください。

20 ××年 11月 12日 時刻 23:09 (24時間制) 都道府県 東京 市区郡 新宿 目標物 西新宿1丁目

事故 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) ①本人 ②配偶者 ③同居親族 ④別居未婚の子 ⑤従業員 ⑥友人 ⑦同居の子 ⑧その他( ) 生年月日 M T S H ××年 1月 1日生 42才 免許種類 普 中 大I 大II 警察届出 ②人扱 ③物扱 ⑨無 免許有効期限 ××年 2月 1日まで

内容 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送信をおねがいます。

【状況図】 状況図: 縦線、上向き矢印、斜線。 【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った。 損傷箇所を塗ってください 自動車 相手車 ( )車 損傷無 損傷無 損傷無

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 ΔΔ自動車 担当 様 整備工場TEL 03-1111-×××× 入庫 済 未 レッカー 有 無 費用 宿泊費用 移動費用 代車費用

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 イロウ 相手方 田中 一郎 様 相手方TEL 03-2222-×××× 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 相手方のお車の登録番号 相手方の車名 品川500か××××、マーチ 整備工場名 TEL 相手方加入保険会社 担当 様 TEL

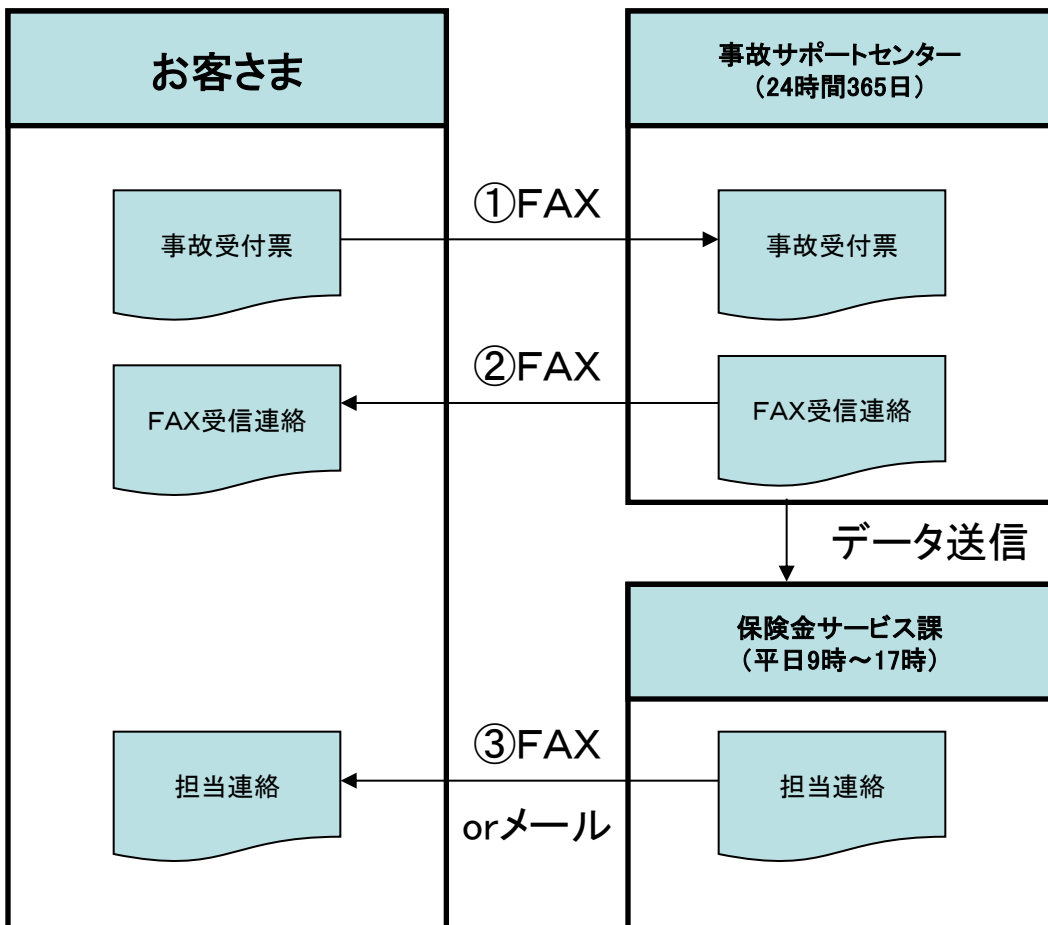
人身事故関連 ⑩事故によっておケガをされた方がいらっしゃる場合に、ご記入ください。 おケガをされた方が複数いらっしゃる場合には、本用紙をコピーしてご使用ください。

フリガナ 負傷者名 対物と同じ 様 生年月日 ××年 1月 15日 年齢 28才 性別 ①男:②女 傷病名 ①通院 ②入院 頸椎捻挫 医療機関名 西新宿病院 医療機関TEL 03-3333-××××

搭乗区分 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)