

(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。
-----------------	-------	---------------------------	-----------------	-------------------

損害保険ジャパン株式会社(以下、「損保ジャパン」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、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ご契約者のお名前・電話番号	フリガナ _____ 様 電話番号 _____
	②証券番号・お車の登録番号(ナンバープレート)	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ご希望の連絡方法およびご連絡先	代理の方との電話 ⇒こちらからご連絡します。代理の方のお名前とお電話番号をご記入ください。 LINE ⇒チャットルーム開設のための認証キーをSMSで送信します。携帯電話番号をご記入ください。 お名前 _____ ご関係 _____ 電話番号 _____ メールアドレス _____ FAX _____ FAX番号 _____

夜間休日初動	④至急のご要望	<input type="radio"/> あり ⇒ご希望があるものについて、印を付けてください。 <input type="radio"/> なし	<input type="checkbox"/> 代車(レンタカー等)の手配 <input type="checkbox"/> 相手方への連絡 <input type="checkbox"/> 病院への連絡 ⇒③に記載いただいた方法で、担当者からご連絡いたします。平日17時以降・土日祝日の場合は、夜間・休日担当者が対応します。
		その他の相談()	

事故	⑤事故の日時	20__年__月__日 (24時間制) 時刻 __:__	警察届出 ②:人扱 ③:物扱 ⑨:無
	⑥事故の場所(住所)	都道府県 _____ 市区郡 _____ 目標物 _____	

事故内容	⑦運転されていた方のお名前・生年月日等	フリガナ _____ 西暦 _____ 年 月 日生 才 運転者名 _____ 様 生年月日 _____ 運転者と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 ⑨:その他()
	⑧事故の状況	【事故状況図】 _____ 【事故状況説明】 _____ ※紙面が足りない場合は白紙に記載のうえ、本紙と同じタイミングでFAX送信してください。 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	⑨ご自身のお車の修理先	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"/> 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
----	-------------	---	---

対物	⑩事故の相手方に関する情報	フリガナ _____ 相手方住所 _____ 様 相手方 運転者名 _____ TEL _____	相手方のお車の登録番号・相手方の車名 _____
----	---------------	---	--------------------------

人身事故	⑪事故によってケガをされた方の情報	フリガナ _____ 負傷者住所 _____ 様 負傷者名 _____ 対物と同じ TEL _____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 医療機関名 _____ 医療機関TEL _____
------	-------------------	--

その他	その他の情報(お相手に関する事、お車の修理や病院に関する事など、お立替費用の有無、ご不明点等)について、何かあればご記載ください。
-----	---

<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 20XX年 7月7日 (24時間制) 19:20

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。

損害保険ジャパン株式会社(以下、「損保ジャパン」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。

①ご契約者のお名前・電話番号
②証券番号・お車の登録番号(ナンバープレート)
③ご希望の連絡方法およびご連絡先

フリガナ ソノボ タロウ 様 電話番号 090-1234-5678
損保 太郎
証券番号 K 1 2 3 4 5 6 7 8 9
お車の登録番号 品川 300 た 0000 他車運転 ファミリーハイ
代理の方との電話 ⇒こちらからご連絡します。代理の方のお名前とお電話番号をご記入ください。 LINE ⇒チャットルーム開設のための認証キーをSMSで送信します。携帯電話番号をご記入ください。
お名前 ご関係 0 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8
メールアドレス メール
電話番号 FAX : FAX番号

④至急のご要望
この欄が「あり」の場合、平日17時以降・土日祝日でも担当者よりご連絡します。「あり」の記載がない場合、弊社からの連絡は、平日9時~17時となります。

あり → ご要望があるものについて、印を付けてください。
代車(レンタカー等)の手配 相手方への連絡 病院への連絡 ⇒③に記載いただいた方法で、担当者からご連絡いたします。平日17時以降・土日祝日の場合は、夜間・休日担当者が対応します。
なし その他の相談()

⑤事故の日時
⑥事故の場所(住所)

20 XX年 7月 7日 (24時間制) 時刻 17:30 警察届出 ②人扱 ③物扱 ⑨無
東京 都道府県 新宿 市区郡 西新宿1丁目 目標物

⑦運転されていた方のお名前・生年月日等

フリガナ ソノボ タロウ 西暦 19XX年 1月 1日生 42才
運転者名 損保 太郎 様 生年月日
運転者と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 ⑨その他()

⑧事故の状況
※紙面が足りない場合は白紙に記載のうえ、本紙と同じタイミングでFAX送信してください。

【事故状況図】
【事故状況説明】
脇見運転により、信号待ちで停車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

⑨ご自身のお車の修理先

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

⑩事故の相手方に関する情報

フリガナ タナカ イチロウ 相手方住所 東京都 新宿区 西新宿2丁目
相手方 田中 一郎 様 1-1 00マンション101
運転者名 田中 一郎 様
TEL 03-2222-XXXX 相手方のお車の登録番号・相手方の車名 品川 500 か XXXX/マーチ

⑪事故によってケガをされた方の情報

フリガナ 負傷者名 対物と同じ 様 負傷者住所
TEL 性別 医療機関名 西新宿病院 医療機関TEL 03-3333-XXXX

その他の情報(お相手に関する事、お車の修理や病院に関する事など、お立替費用の有無、ご不明点等)について、何かあればご記載ください。

相手の田中さんが、頸椎捻挫のため通院予定です。LINEでの連絡をお願いします。

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うえ、事故サポートセンターへFAX送信してください。

(専用FAX番号 0120-666-159 ※旧日本興亜損保でご契約のお客さまは、0120-889-204)

②以下の状況に応じ、お客さまにご指定いただいた連絡方法にて、担当者からご連絡いたします。

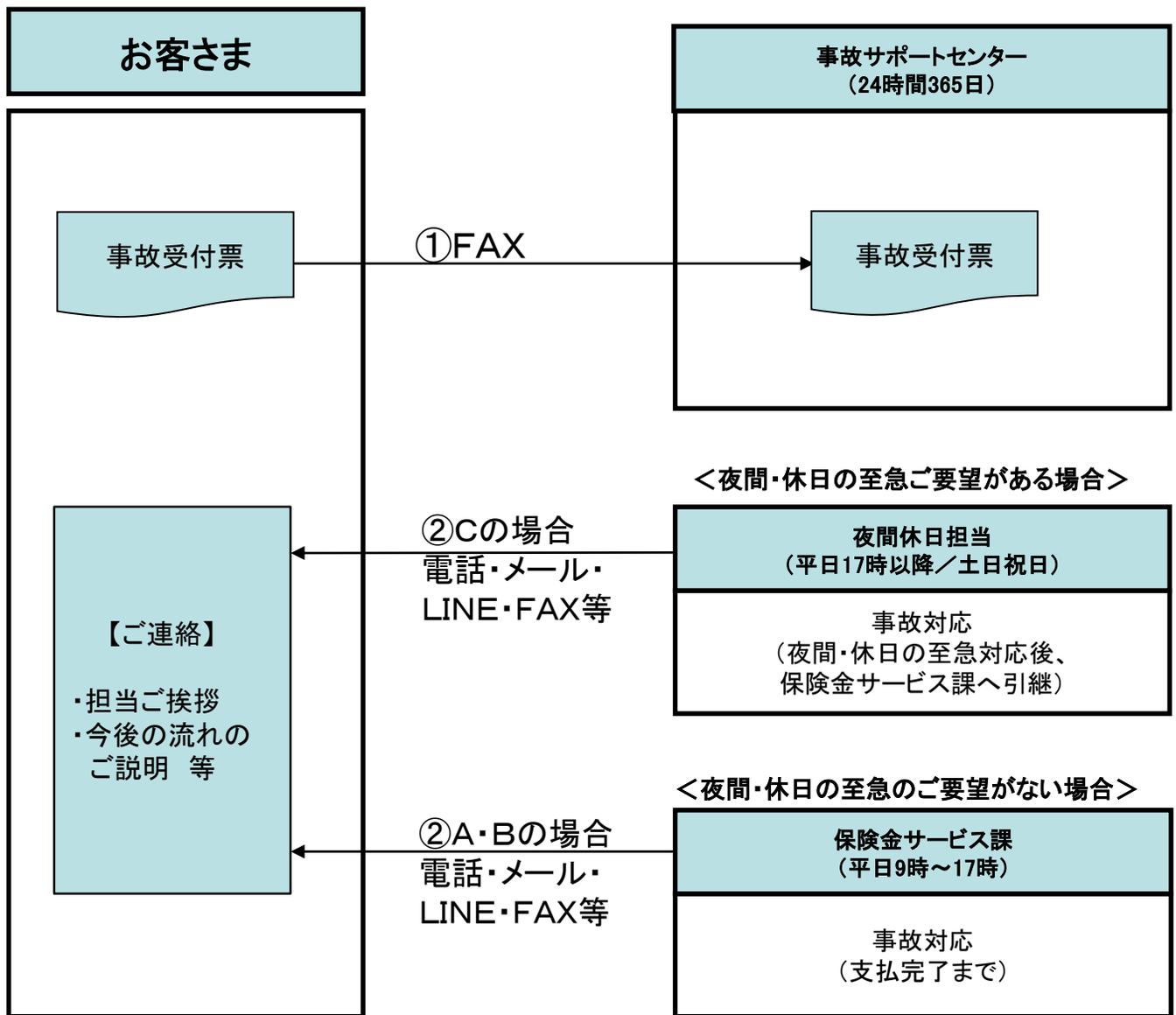
【FAX受領が平日の9:00~17:00の場合】

②A : 担当の保険金サービス課よりご連絡いたします。

【FAX受領が上記時間帯以外の場合】

②B : 至急のご要望がない場合は、弊社翌営業日に担当の保険金サービス課よりご連絡いたします。

②C : 至急のご要望がある場合は、FAX受領後すみやかに、弊社の夜間・休日担当者よりご連絡いたします。



<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・ご相談は、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)
- * 夜間・休日担当者が対応した後は、保険金サービス課に引継を行い、お支払い完了まで保険金サービス課が責任をもって対応いたします。