

# 賠償責任事故報告書

株式会社セントラルインシュアランス 御中

年 月 日

FAX : 03-6860-8534

団体名又は会社名

部署名、担当者名

※の箇所は記入不要です

TEL番号・FAX番号

証券番号		枝番	※	
被保険者		男・女	生年月日	年 月 日

事故日時	月 日 時 分頃	場所			
事故の内容	(事故状況見取図)		(事故状況、原因、相手方との示談状況をご記入ください。)		
相手側	フリガナ		住所		
	氏名		TEL		
	病院名		TEL	ケガ	あり・なし
	被害物		損害状況 損害額概算		

他の保険契約	有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	保険会社名(担当者・連絡先)	保険の種類	証券番号	保険の対象	保険金額
	不明 <input type="radio"/>	担当:	TEL:			円