

# 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 : 03-6259-1731

住所

E-mail: central@centralinsurance.co.jp

会社名

部署名、担当者名

電話番号

証券番号		枝番		<input type="checkbox"/> 技能実習	<input type="checkbox"/> 特定技能
被保険者	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日			
事故内容	事故発生日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分	ごろ
	事故発生場所	警察への届出	<input type="checkbox"/> 有 ( 署 ) <input type="checkbox"/> 無		
	事故原因				
	事故状況	* 事故の概要をできるだけ詳細にご記入ください。			
当方側	ケガの状況			状況図	
	病院名				
	被害物				
相手側	相手の氏名				
	TEL				
	住所	損害状況			
相手保険会社		担当者	TEL		
同一の危険を担保する他の 保険契約 (ジェイアイ以外の 場合も必ずご記入下さい。)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	会社名	保険の種類	証券番号	保険金額
<input type="checkbox"/> 保険対応にあたり必要な範囲において、関係先(相手方・修理先・保険会社等)に対して、 個人情報(ご契約内容や事故状況等)をお伝えすることについて、被保険者より同意済みです。					