

交通事故報告書

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	甲車以外	
	病院名			進行方向	
	被害物			信号	
相 手 側	相手の 氏名		一時停止		
	TEL		一方通行		
	住所		人 間		
			自 転 車 オートバイ		
	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	会社名	保険の種類	証券番号	保険金額
(ジェイアイ以外の 場合も必ずご記入下さい。)					
<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。					