

「Will-Life」

③生活用動産・借家人賠償責任補償 事故報告書

事故報告書送付先:(株)メディックプランニングオフィス

FAX:0120-035466

ご記入日:西暦 年 月 日

証券番号:

1 加入者(被保険者)欄

フリガナ			会員番号
氏名			
日中のご連絡先	電話番号	()	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他
	メールアドレス	@	

※Will-Life事務局または保険会社よりご連絡させていただく場合がありますので、日中ご連絡が取れる連絡先を記入してください。

2 被害者欄

フリガナ		年齢	歳
氏名 または法人名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号	()	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他	

3 事故内容

事故発見日	西暦	年	月	日	午前・午後	時	分頃
事故の場所	(都・道・府・県)			(市・区・郡)			
事故状況 (書ききれない場合は、 別紙にご記入ください)	※事故の原因と考えられる行為または不注意の内容も記載してください。						
	対物事故の場合は、必ず太枠内にもご記入ください			破損物の購入時期	西暦	年	月
	破損物名			メーカー名			
破損物の購入時価格				修理	可		不可

※ 対物事故の場合、事故報告書の他に破損物の写真及び修理見積書を添付してください。

修理不能の場合は再購入見積書と修理不能証明書が必要です。(見積書に修理不能の記載があれば省略いただけます。)

4 保険金請求書の送付先(内容照会先) (いずれかに☑をし、住所・電話番号を記入してください)

<input type="checkbox"/> 加入者(被保険者) <input type="checkbox"/> その他(氏名:)		被保険者との続柄:)
住所	〒	
電話番号	()	

※本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認のために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。なお、この情報は引受保険会社と共有いたします。

WEB