


事故受付表

NEW INDIA

保 險 契 約 内 容	事故受付日： 年 月 日	受付者：	報告者： 被保険者・代理店・その他 ()	代理店：	コード： ()	担当者：	()
	クレーム番号：	契約者 氏名： 住所：			TEL：		
	証券番号： (枝番) —	登録番号：			車名： (年式)		
	1車両： 免責： 万円 ゼロ・ 万円	事故回数： 回		2対人： 無制限・ 万円			
	3対物： 免責： 万円 ゼロ・ 万円	5人傷： 万円		6搭傷： 万円		弁護士 有・無	
	8代車： 金額： 千円	8身の回り品： 万円		8事故付随： 有・無		対物超過 有・無	
	支払内容 一括払	一般分割払 12回 11回 10回 6回 4回 12回 6回 回		団体払 大口 分割払込確認		自賠責会社： 証明書番号：	

事 故 状 況	事故日： 年 月 日 AM PM	事故場所：	届出警察： 物・人 署 (担当官)		
	運転者：	生年月日： T・S・H 年 月 日生 (才)	連絡先： TEL：		
	免許取得日： 年 月 日	種類： ゴールド・その他 普・中・大型・I種・II種・その他	免許証番号：	契約者との 関係	本人・親族 (続柄) 従業員・その他 ()
	免許有効期限： 年 月 日	過失割合： 自車 % 相手 %	当事者の 受傷確認	運転者の受傷： 有・無	同乗者の受傷： 有・無
事故状況：衝突(正面・追突・側突・出合頭)、単独事故、盗難、その他、速度、道路状況、(巾員・速度制限・標識等)、天候等					

契 約 者 側 運 転 者	修理工場名：	TEL：	担当者名：			
	修理工場住所：					
	見積金額： ¥	代車： 有・無	代車期間： 日間	日額： ¥		
	死亡・傷害 入院・通院	傷病名： 捻挫・骨折・()	傷病部位： 頭部・頸部・腰部・()	全治： 日間		
	病院名：		TEL：	担当者名：		
	病院住所：					
	病院名：		TEL：	担当者名：		
	病院住所：					
OS：1.車両	2.自損	5.人傷	6.搭傷	8.代車	8.付随	自車損傷部位
千円	千円	千円	千円	千円	千円	
備考：						

契 約 者 側 運 転 者	枝番：	氏名：	TEL：	連絡先TEL：						
	住所：									
	車名：		型式：	登録番号：						
	修理工場名：		TEL：	担当者名：						
	修理工場住所：									
	2.自損	見積金額： ¥	代車： 有・無	代車期間： 日間	日額： ¥					
	2.対人	死亡・傷害 入院・通院	傷病名： 捻挫・骨折・()	傷病部位： 頭部・頸部・腰部・()	全治： 日間					
	3.対物	病院名：		TEL：	担当者名：					
病院住所：										
5.人傷	OS：2.自損				2.対人	3.対物	5.人傷	6.搭傷	8.付随	相手車損傷部位
6.搭傷	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円		
8.付随	備考：									