

賠償責任保険 事故報告書

事故日	20	年	月	日	事故時間	AM	PM	時	分頃
ご契約者 情報等	証券番号 (左づめ)								
	契約者名								
	日中連絡のつく 電話番号								
	報告者								
	メールアドレス								
事故内容	事故場所								
	事故状況								
損害の内容 対物等	フリガナ								
	所有者 氏名								
	住所	〒							
	電話番号								
	被害物								
損害の内容 対人等	フリガナ								
	被害者 氏名								
	住所	〒							
	電話番号								
	被害(ケガ等) 状況								

連絡事項

傷害保険 事故報告書

事故日	20	年	月	日	事故時間	AM	PM	時	分	頃	
ご契約者 情報等	証券番号 (左づめ)										
	契約者名										
	日中連絡のつく 電話番号										
	報告者										
	メールアドレス										
事故内容	事故場所										
	事故状況										
損害の内容	フリガナ					生年月日	大正	昭和	年	月	日
	被害者 氏名					性別	男	女			
	住所	〒									
	日中連絡のつく 電話番号										
	被害(ケガ等) 状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 手術									
医療機関	①医療機関名										
	担当	様	電話番号								
	②医療機関名										
	担当	様	電話番号								

連絡事項

事故報告書の送信先

メールの場合：info@chc-hoken.co.jp FAXの場合：03-5614-6772

弊社営業時間／9：00～17：00

※営業時間外でのご報告はフリーダイヤルへご報告をお願いいたします。東京海上日動安心110番：0120-720-110