

賠償事故報告書

分かる範囲で記入後059-350-2157にFAXして下さい

事故発生日時	年 月 日	AM・PM	:
事故発生場所	市・郡 町		
事故発生の原因・状況?	誰が起した ? (_____) どの機械で ? (_____)		
対人被災者	氏名 _____ (大・昭・平) ____年__月__日生 (____) 歳 住所 (_____) 電話 (_____) 被害の状況 入院・通院 病院名 _____ お怪我の箇所 (_____)		
対物被害物件	所有者の氏名 (_____) 住所 (_____) 電話 (_____) 被害物件・被害の程度 _____		
事故報告者	会社名		
	担当者		連絡先 _____
当社使用欄	受付者		受付日時 _____
<input type="checkbox"/> 事故受付時に受付者が分かる範囲で記入 <hr/> <input type="checkbox"/> 契約者にFAX <hr/> <input type="checkbox"/> 契約者から記入完了後のFAXを受け付ける <hr/> <input type="checkbox"/> SCIにFAX SCへのお願ひ保険金請求書類はフィット総合保険に送ってください			

フィット総合保険 Tel 059-350-2150

fit-sogo@tenor.ocn.ne.jp