

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へのお願い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
info@fitsogo.net