

（株）メディックプランニングオフィス 行き

「視能訓練士賠償責任保険」賠償事故報告書

報告日：平成 年 月 日

契約者：公益社団法人日本視能訓練士協会

証券No.:

※太枠内のみご記入のうえ、FAXにてご送付ください。

■被保険者（会員）

フリガナ		公益社団法人日本 視能訓練士協会 会員番号	
氏名			
住所	〒		
会社名			
フリガナ			
報告者氏名	※報告者が被保険者と異なる場合のみご記入ください。		
本紙についてのお 問い合わせ先	(自宅・携帯・会社)	— —	(内線)

■被害者

フリガナ	
氏名	
住所	〒
電話	(自宅・携帯・会社) — — (内線)

■事故内容

事故発生日	平成 年 月 日 (午前・午後)	時 分頃	
事故の場所	都・道 区・市 町 府・県 郡 村		
事故状況			
	購入時期	購入時価格	メーカー名
	年 月	円	修理 可・不可

※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。