

Web 2018年度「Will-Life」

③生活用動産・借家人賠償責任補償 事故報告書

事故報告書送付先: (株)メディックプランニングオフィス

FAX: 0120-035466

ご記入日: 西暦 年 月 日

証券番号: :

1 加入者(被保険者)欄

フリガナ			加入者番号
氏 名			
日中のご連絡先	電話番号	()	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ その他
	メールアドレス	@	

※Will-Life事務局または保険会社よりご連絡させていただく場合がありますので、日中ご連絡が取れる連絡先を記入してください。

2 被害者欄

フリガナ		年齢	歳
氏 名 または法人名		性別	☐ 男 ☐ 女
電話番号	()	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ その他	

3 事故内容

事故発見日	西暦 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
事故の場所	(都・道・府・県) (市・区・郡)		
	施設名:		
事故状況 (書ききれない場合は、 別紙にご記入ください)	※事故の原因と考えられる行為または不注意の内容も記載してください。		
	※対物事故の場合は、下欄に記入してください。		
	破損物名:	破損物の購入時期:	
	メーカー名:	破損物の購入時価格:	
	修理: 可・不可	対物事故で修理可能な場合は、保険金請求時に修理見積書と破損物の写真が必要になります。(修理不可の場合は、修理不能証明書が必要)	

4 保険金請求書の送付先(内容照会先) (いずれかに☑をし、住所・電話番号を記入してください)

☐ 加入者(被保険者) ☐ その他(氏名: 被保険者との続柄:)	
住 所	〒
電話番号	()

※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。

(株)メディックプランニングオフィス使用欄

受付日:	年 月 日	受付者		受付方法	電話・FAX・郵送
------	-------	-----	--	------	-----------

WEB