

# 賠償責任保険事故報告書

事故受付日 年 月 日  
 株式会社 エム・アイ・プラン 事故担当 宮田加奈子  
 TEL. 06-6577-2700 FAX. 06-6577-3200

御契約者様 \_\_\_\_\_ 保険始・満期日 \_\_\_\_\_

保険会社 \_\_\_\_\_ 保険種類 \_\_\_\_\_ 証番： \_\_\_\_\_

記入日	※ご記入日を西暦でお書きください	20	年	月	日
-----	------------------	----	---	---	---

賠償責任事故について、次のとおり通知します。

被保険者氏名 (賠償責任者)		氏名						
		住所						
事故の担当者氏名			担当者 電話番号					
事故発生日時		20	年	月	日	午前 午後	時	分
事故の当事者	氏名	男 女 ( 歳 )		被保険者との 関係	本人 その他 ( )			
事故発生場所 (住所、店名等)								
警察・消防署等への届出		届出署名			届出者氏名			
		届出日	年	月	日	受理番号等		
該当する項目をご記入ください	対人事故	相手方	氏名	男 女 ( 歳 )		保護者 氏名		
			住所			電話 番号		
	身体 傷害	程度	死亡 ・ 後遺障害 (見込 ) ・ 入院 ( 日見込 ) ・ 通院					
		部位	頭 顔 首 肩 胸 背 腹 腰 腕 手指 脚 足指 その他 ( )					
		症状	骨折 創傷 打撲・捻挫 火傷 その他 ( )					
	治療している 医療機関名					電話番号		
対物事故	所有者 氏名			所有者 住所				
	損害品			損害 状況				
	修理 業者	業者名				損害 見込額		
	担当者 名	電話 番号						

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">事故発生の状況</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>(事故発生状況図) 図が必要な場合</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">事故の原因</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">相手方の主張・要求</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">その他特記事項</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	