

火災 新種保険 事故受付票(A票)代理店用 損保ジャパン通知日 _____

受付日	年 月 日 時 分	通知者	TEL ()	様	受付者	○代理店 ○営業店
時間	時間は24時間制で記入					
保険種目	<input type="checkbox"/> 傷害総合 <input type="checkbox"/> 普通傷害 <input type="checkbox"/> 家族傷害 <input type="checkbox"/> 交通傷害 <input type="checkbox"/> ファミリー交傷 <input type="checkbox"/> 海外旅行 <input type="checkbox"/> 積傷 <input type="checkbox"/> 積家 <input type="checkbox"/> 積フア <input type="checkbox"/> 積女 <input type="checkbox"/> 所得 <input type="checkbox"/> 労災総合 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 賠償責任 <input type="checkbox"/> 動産総合 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> ガラス <input type="checkbox"/> 機械 <input type="checkbox"/> 建工 <input type="checkbox"/> 住機 <input type="checkbox"/> 個火総 <input type="checkbox"/> 新家庭 <input type="checkbox"/> 新住総 <input type="checkbox"/> 新住火 <input type="checkbox"/> 店総 <input type="checkbox"/> 普火 () <input type="checkbox"/> 積立火災 <input type="checkbox"/> 積マン <input type="checkbox"/> その他 ()					
契約内容	契約 1		契約 2		契約 3	
保険種目						
証券番号						
加入者番号						
保険期間	/ / ~ / /		/ / ~ / /		/ / ~ / /	
営業店・代理店						
契約者	フリガナ _____ 様		被保険者 フリガナ _____ (団体契約は加入者)		フリガナ _____ 様	
事故日	年 月 日 時 分		24時間制 身体障害発生日 (発病日)		年 月 日	
事故地	〒(通)府(導) (海外は国名)		市(区)郷			
事故場所	<input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> その他 ()					
事故状態	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 退勤途中 <input type="checkbox"/> 家事従事中 <input type="checkbox"/> その他在宅中 <input type="checkbox"/> 授業中 <input type="checkbox"/> 登下校中 <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> 施設入場中 <input type="checkbox"/> 行事参加中 <input type="checkbox"/> その他 ()					
事故内容 (詳しくご記載ください)	(物損害の場合は被害程度も記入してください)				警察・消防届出 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 署 受理No _____	
(C票の裏面も活用ください)						

お客さまへの連絡方法	
コンタクト先	<input type="checkbox"/> 契約者(記名被保険者) <input type="checkbox"/> 加入者(被保険者) <input type="checkbox"/> 代理店(その他)()
連絡手段	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他()
連絡先1	自宅(勤務先)携帯 TEL (: ~ :)
連絡先2	自宅(勤務先)携帯 TEL (: ~ :)
メール・FAX	自宅(勤務先)携帯 その他()
お客様コース	
請求書類の手配	
<input type="checkbox"/> SCで手配してください。 <input type="checkbox"/> 契約者へ <input type="checkbox"/> 被保険者へ <input type="checkbox"/> 代理店へ <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 営業店で手配します。 (C票の裏面を記入)	
<input type="checkbox"/> 代理店で手配します。 (C票の裏面を記入)	
傷害保険事故のご連絡について 送付 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	

↓ケガ・疾病の場合は受傷者、物損害の場合は所有者、賠償事故の場合は加害者をご記入ください。

被保険者	氏名	フリガナ _____ 様	住所	フリガナ _____	TEL	()
職業	性別	男(安) 女(婚)	年齢	年 月 日 才	続柄	契1 (本人(子) 他()) 契2 (本人(子) 他()) 契3 (本人(子) 他())

人リスク：ケガ・疾病の場合

部位症状	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 脊柱 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 半身 <input type="checkbox"/> 臓器 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 離断 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 打撲挫傷 <input type="checkbox"/> 神経損傷 <input type="checkbox"/> 急性中毒 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> 生殖器 <input type="checkbox"/> その他(疾病)	<input type="checkbox"/> 傷病名 <input type="checkbox"/> その他()
傷病程度	<input type="checkbox"/> 入院 (/ / ~ (退院見込) / /) <input type="checkbox"/> 通院 (/ / ~ (治癒見込) / /) <input type="checkbox"/> 休業 (/ / ~ (就労見込) / /) <input type="checkbox"/> 後遺障害() <input type="checkbox"/> 死亡	医療機関 _____ 医師名 _____ TEL () 医療機関 _____ 医師名 _____ TEL ()		
外科手術	有(名称) _____ 既往症 _____ 無() 疾病名 _____ 期間 (/ / ~ / /) 無() 医療機関 _____	車両運転 免許種類 (普通(中型)(大型)(特)(特)()) 番号 _____ 取得年月 ()年 ()月 ()日 有効期限 ()年 ()月 ()日		

賠償リスク：賠償事故の場合

相手方	氏名	フリガナ _____	住所	フリガナ _____	TEL	()	職業	男(安) 女(婚)	年 月 日 才
対人	傷病名								
	傷病程度	<input type="checkbox"/> 入院 (/ / ~ (退院見込) / /) <input type="checkbox"/> 通院 (/ / ~ (治癒見込) / /) <input type="checkbox"/> 休業 (/ / ~ (就労見込) / /) <input type="checkbox"/> 後遺障害() <input type="checkbox"/> 死亡	被害物 _____ 登録番号 _____ 修理状況 (未修理) 見積金額/損害見込額 _____ 円 (修理済) 損害見込額 _____ 円						
	医療機関	医師名 _____ TEL () 住所 _____ TEL () / FAX ()	修理業者 _____ (担当) _____						

物リスク：物損害の場合

保険の対象	<input type="checkbox"/> 建物(家財) <input type="checkbox"/> 遺物(明記物件) <input type="checkbox"/> 設備(什器等) <input type="checkbox"/> 商品(製品等) <input type="checkbox"/> その他 ()	被害物	
修理状況	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 見積金額/損害見込額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 修理済 <input type="checkbox"/> 損害見込額 _____ 円	傷害確認	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺障害 <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 無 ()
修理業者	住所 _____	住所	_____ (担当) _____
	TEL () / FAX ()		

他の保険契約 (他社損保・生保・共済等)			
会社	保険種目	証券番号	保険金請求の有無
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

個人情報同意確認	済	確認日時		確認先	
		[:]			様