賠償保険　事故報告シート

**総合保険代理店　ＣＲＥＡＴＥ　宛　　　　　　　ＦＡＸ　０３－6272－5517**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| ご担当者名 |  |
| ご連絡先 |  |

■事故の内容について

|  |  |
| --- | --- |
| 事故日時 | 年　　　月　　　日（　　曜日）　　／　　　午前・午後　　　時　　　分　ごろ |
| 事故発生場所 | 区・市　　　　町　　　丁目の　会社・現場・資材置場・路上・その他（　　　　　） |
| 事故の状況（内容） | どのような作業中に。。。  何をして。。。  何が。。。  どうなった。。。 |

■被害者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被害者名 |  | | |
| 被害者ご担当者名 |  | | |
| 入院の有無 | なし・あり　（　　　　日位） | 手術の有無 | なし・あり（　　　　　　　　　） |
| 治療期間 | （　　　　）日・週・月　くらい | 治療費 | 労災・国保・健保・自費・その他 |

■被害物について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 物品名 |  | 修理金額 |  |
| 修理業者名 |  | | |
| 修理業者担当者名 |  | 修理業者連絡先 | |

■必要書類について

|  |  |
| --- | --- |
| 損害写真 | なし・あり |
| 保険金の支払い先 | □被害者へ保険会社より直接支払い希望　　□契約者様より被害者へ支払い希望  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 →支払い明細書や領収書をご用意下さい。 |
| 請負契約書など | なし・あり　　　　　　　　　　　　　　※ありの場合はＦＡＸにてご同送ください。 |
| 修理見積書など | なし・あり　　　　　　　　　　　　　　※ありの場合はＦＡＸにてご同送ください。 |