自動車保険　事故報告シート

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事故日時 | | ２０　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分頃 |
| 事故発生場所 | |  |
| 事故内容 | |  |
| 届出警察と受理番号 | |  |
| 当  方  車  両  等  に  つ  い  て | 運転していた方 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　生年月日  携帯番号 |
| 車両ナンバー＆車種 |  |
| 損害状況  （品名、修理金額等） |  |
| 修理工場  修理される場合のみご記入ください | 修理工場名：  連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：  入庫予定日： |
| 相  手  車  両  等  に  つ  い  て | 運転していた方 | 氏名  住所  連絡先（携帯番号など） |
| 車両ナンバー＆車種 |  |
| 損害状況  （品名、修理金額等） |  |
| 修理工場 | 修理工場名：  連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：  入庫予定日： |
| 御社事故担当者 | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　所属支店/部署  TEL　　　　　　　　　　　　　　 FAX |

※運転されていた方の免許証のコピー（両面）をあわせてＦＡＸして頂きます様お願い申し上げます

事故状況を図でご記入下さい

▲：当方車両　　　△：相手車両

当方速度（時速約　　　　キロ）　　相手速度（時速約　　　　キロ）