

イーデザイン損害保険株式会社  
事故連絡シート

耳や言葉の不自由なお客さまへ  
事故が起こったときには、事故の状況、損害額の大小を  
問わず下記までご連絡ください。

下記にご記入いただき、FAXにてご連絡ください。

※ FAX 番号のお間違いには十分ご注意ください。

右記 FAX は、事故受付センターで受け付けております。

専用  
FAX  
番号

0120-001-570

(24時間365日受付)



弊社営業時間中（平日9時～17時）の受付分に関しましては当日中にご連絡いたします。

弊社営業時間外の受付分は翌営業日のご連絡となりますので、  
お急ぎの場合には、右記「至急のご連絡欄」にチェックをお願いいたします。  
(事故受付センターから窓口の方にご連絡をさせていただきます)

至急の  
ご連絡

希望( 日 午前 時頃  
午後 )

「★」欄には必ずご記入をお願いいたします。

ご契約の内容	★証券番号		★登録番号 (ナンバープレート)	
	★ご契約者さま のお名前	(カナ)	★ご契約者さま のご連絡先	(TEL) (FAX)
	ご契約者さま のご住所	都道 府県	市区 郡	
ご連絡の窓口	★窓口の方の お名前	(カナ)	ご契約者さま のご連絡先	<input type="checkbox"/> ご契約者さま <input type="checkbox"/> 自車運転者 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他( )
	窓口の方の ご連絡先	(TEL)	(FAX)	(e-mail)
事故の内容	★事故日	20 年 月 日 午前 時 分頃	レッカー手配	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	事故場所	都道 府県		付近
	警察届出	<input type="checkbox"/> 有り(人身・物損)【 署】 <input type="checkbox"/> 無し	運転者	<input type="checkbox"/> ご契約者さま <input type="checkbox"/> その他の方( )
	おケガの有無	<input type="checkbox"/> 運転者に有り <input type="checkbox"/> 同乗者に有り(お名前: ) <input type="checkbox"/> 無し		
	★事故状況 ・ その他 特記事項	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="text-align: center;"> 自車</div> <div style="text-align: center;"> 相手車</div> </div>		
お相手の情報	お相手のお名前	(カナ)	お相手のご連絡先	(TEL) (FAX)
	お相手のご住所	都道 府県	市区 郡	登録番号 (ナンバープレート)
	おケガの有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	車以外の被害物	<input type="checkbox"/> 有り( ) <input type="checkbox"/> 無し

<個人情報の利用目的> お客さまの個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間や弊社グループ内での確認を含みます）、保険金のお支払および各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

# ご記入例

耳や言葉の不自由なお客さまへ  
事故が起きたときには、事故の状況、損害額の大小を  
問わず下記までご連絡ください。

下記にご記入いただき、FAXにてご連絡ください。  
※ FAX 番号のお間違いには十分ご注意ください。  
右記 FAX は、事故受付センターで受け付けております。

専用 FAX 番号 **0120-001-570**  
(24時間365日受付)

## 弊社営業時間中（平日9時～17時）の受付分に関しましては当日中にご連絡いたします。

弊社営業時間外の受付分は翌営業日のご連絡となりますので、  
お急ぎの場合には、右記「至急のご連絡欄」にチェックをお願いいたします。  
(事故受付センターから窓口の方にご連絡をさせていただきます)

至急のご連絡	<input type="checkbox"/> 希望( 日 午前 午後 時頃)
--------	--

「★」欄には必ずご記入をお願いいたします。

ご契約の内容	★ 証券番号	70△△△×××○○	★ 登録番号 (ナンバープレート)	△△ ○○ ね 1234
	★ご契約者さま のお名前	(カナ) ソンポ タロウ 損保太郎	★ご契約者さま のご連絡先	(TEL) 090-○○○○-△△△△ (FAX) 03-xxxx-○○○○
	ご契約者さま のご住所	東京 <sup>都</sup> 道府県 ○○ 市 <sup>区</sup> 郡 ××町 1-2-3 イーデザインビル 102		
ご連絡の窓口	★窓口の方のお名前	(カナ) ソンポ ハナコ 損保花子	ご契約者さま のご連絡先	<input type="checkbox"/> ご契約者さま <input type="checkbox"/> 自車運転者 <input checked="" type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他( )
	窓口の方のご連絡先	(TEL) 090-xx△△-1111 (FAX)	(e-mail)	
事故の内容	★ 事故日	2016年 4月 1日 <sup>午前</sup> 10時 00分頃	レッカー手配	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要
	事故場所	東京 <sup>都</sup> 道府県 △△区 ○○町 5丁目 ××消防署		付近
	警察届出	<input checked="" type="checkbox"/> 有り( <sup>人身</sup> ・物損 )【 ○ × 署】 <input type="checkbox"/> 無し	運転者	<input checked="" type="checkbox"/> ご契約者さま <input type="checkbox"/> その他の方( )
	おケガの有無	<input type="checkbox"/> 運転者に有り <input type="checkbox"/> 同乗者に有り(お名前: ) <input checked="" type="checkbox"/> 無し		
	★ 事故状況 ・ その他 特記事項	センターラインが通っていて、一時停止標識のある 交差点で、右方から走行の相手車と衝突。  お車の向き、進行方向、お客さまと お相手との位置関係がわかるように ご記入ください		
お相手の情報	お相手のお名前	(カナ) アンシン ジロウ 安心二郎	お相手のご連絡先	(TEL) 090-xxxx-△△△△ (FAX)
	お相手のご住所	東京 <sup>都</sup> 道府県 □□ 市 <sup>区</sup> 郡 ××町 3-2-1 ○○マンション 101	登録番号 (ナンバープレート)	△△ ×× め 1234
	おケガの有無	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し	車以外の被害物	<input type="checkbox"/> 有り( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無し

<個人情報の利用目的> お客さまの個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間や弊社グループ内での確認を含みます）、保険金のお支払および各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。