

事故受付票

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 宛

TO:JI Accident & Fire Insurance Co.,Ltd.

下記にご記入いただき、ファックスでご連絡ください。



FAX番号:03-6220-1604

※FAX番号はお間違えないようご注意ください。

原則、事故のご報告をいただいてから、翌営業日以降のご連絡となります。
弊社営業日は、土日祝日および年末年始を除く、平日9時～17時となっておりますので、何卒ご了承くださいますようお願いいたします。

| ご契約内容 | | | |
|------------|--|--|---------------------------------|
| 契約証番号・証券番号 | | | |
| 保険種類 | | <input type="checkbox"/> 海外旅行保険 <input type="checkbox"/> 国内旅行保険 <input type="checkbox"/> 火災保険 <input type="checkbox"/> 傷害保険 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 報告者 | フリガナ | 被保険者との関係 | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 他() | |
| 被保険者 | フリガナ | | |
| | 氏名 | | |
| | 住所 | 〒 | |
| | ご希望の連絡手段 | <input type="checkbox"/> FAX () | <input type="checkbox"/> e-mail |
| | <input type="checkbox"/> 電話 ※被保険者とのご関係()・お名前() | | |
| | <input type="checkbox"/> ① 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 () | | |
| | <input type="checkbox"/> ② 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 () | | |

| 事故の内容 | | | |
|-------|-------|---|-----|
| 事故日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | : 頃 |
| 発生場所 | 国名 | 場所 (都市) | |
| 事故状況 | | | |
| | | | |
| | | | |

| その他連絡事項 | ※何かございましたら、ご記入ください。 |
|---------|---------------------|
| | |

この受付票に記載された個人情報は、保険金支払、保険事故調査など保険金請求に関連して必要な範囲において利用させていただきます。