

もしも事故が発生したら・・・

【賠償・火災・自動車保険 事故報告シート】

担当代理店 株式会社 Revins

貴 社 名	
ご 担 当 者	
ご 連 絡 先	

※事故報告時点で分かる範囲でお書きください（不明点は空欄でも構いません）

1	事 故 年 月 日	年 月 日 午前・午後 時 分頃
2	事 故 発 生 場 所	都/道/府/県 市/区/郡 区/町/村
3	現 場 名	
4	被 害 者 名 住 所 電 話 番 号	
5	事 故 状 況 (誰が何をどのように) および 被 害 状 況 (おおよその被害想定額 や被害者からの要望等)	

ご連絡ありがとうございました。後日、必要書類をご案内致します。