

受託自動車共済事故報告書 兼 請求書

事故報告専用FAX送信先 0120-88-2508
または 076-425-9633

| | | | | | | | | | |
|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事故受付番号 | J | | | | | | | | |
|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

| |
|------------------------------------------------|
| 免責金額 払込口座 |
| 富山信用金庫 南富山支店 普通 0402068 (口座名義) ジェイ・ディ共済協同組合 |

ジェイ・ディ共済協同組合 宛

- 事故報告書の内容に相違がないことを確認し、これに基づいて共済金を請求します。
 - 車両共済金を請求する場合、払込期日までに免責金額を速やかに支払います。
 - 本共済金請求に関連し、共済契約の履行(損害調査、共済金の支払可否の決定、支払共済金の算定、免責金額の支払い)に必要な範囲内で、貴組合による私の個人情報の取得、利用、及び提供に同意します。
 - 下表の担当者から私の契約情報等の照会があった場合、本共済金請求に必要な範囲内で貴組合が回答することに同意します。
 - 契約終了時に未払いの免責金額がある場合、貴組合が未納の免責金額と出資金、返還すべき預かり金及び精算金を対等額で相殺することに同意します。
- なお、相殺の対象となる金額が不足する場合は、その不足額を直ちに支払います。

| | | | |
|-------|-------------------|------|---------|
| 組合員情報 | 組合員コード | 都道府県 | TEL |
| | 組合員名 (法人名/屋号名) | | FAX |
| | 代表者名 | 印 | 代表者携帯番号 |
| | 担当者名 | | 担当者携帯番号 |

| | | | | |
|--------|----------------|----------------------------|--------------------------|--------------------|
| 事故発生情報 | 事故日 | 年 月 日 時 分 | ※事故現場の目印(建物など)を記入してください。 | |
| | 事故発生場所 (住所) | | | |
| | 客車運転者名 | 携帯番号 | ※客車運転者の免許証コピーを提出してください | |
| | 随伴車 | 車両番号 | 届出 | 警察署 |
| | | 運転者名 | 携帯番号 | 物損 人身 なし 担当官 様 |
| | 事故発生状況略図 | 客車 相手車 進行方向 信号 一旦停止 人間 バイク | | 事故種別 入庫・出庫・走行中・その他 |

※ドライブレコーダーの映像があれば提出をお願いします

| | | | |
|-------|------|------|-----|
| 利用者情報 | 利用者名 | 様 住所 | TEL |
| | 車名 | 損害額 | |
| | 車両番号 | 万円 | |
| | 修理業者 | TEL | |

| | | | |
|--------|---------|------|-----|
| 相手車両情報 | 運転者名 | 様 住所 | TEL |
| | 所有者名 | 様 住所 | TEL |
| | 車名(損害物) | 損害額 | |
| | 車両番号 | 万円 | |
| | 修理業者 | TEL | |
| | 任意保険会社 | TEL | |

| | | | | | | |
|--------|-------|------|---------|-----|-----------------------------------------------------|-----|
| 人身事故情報 | 負傷者名 | 様 住所 | TEL | | | |
| | 性別 | 男・女 | 年齢 | 才 | 医療機関名 | TEL |
| | 負傷者区分 | 客車 | お客様・同乗者 | 歩行者 | ※ 人身事故が発生した場合には、客車の自賠責保険証明書及び車検証の写しをご提出いただく必要があります。 | |

【受託運転者傷害】 ※ 受託自動車共済契約約款に定める客車の運行に起因する事故等より、客車の運転者が負傷または死亡された場合は、該当欄にご記入ください。別途、必要な手続きについてご案内いたします。

| | | | | | | |
|-------|---------|-------|------|----|-------|-----|
| 従事者情報 | 負傷者名 | 様 住所 | TEL | | | |
| | 性別 | 男・女 | 年齢 | 才 | 医療機関名 | TEL |
| | 傷害・死亡区分 | 傷害・死亡 | 傷病名 | 部位 | | |
| | 治療区分 | 通院・入院 | 全治期間 | | | |