

【お客様 ⇒ あそしあ少額短期保険事故受付センター】

FAX: 03-6265-0533

※ おかけ間違いにご注意ください。

事故番号 AC-

J I 00000

受付担当者名	事故担当者名

あそしあ少額短期保険 事故受付シート

記入日: 年 月 日 :	氏名:
ご加入の保険: <input type="checkbox"/> 家財 <input type="checkbox"/> テナント <input type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> 結婚	記入者: Tel(連絡先):
フリガナ () 契約者様	〒 都・道 府・県 市・区・郡 住所 Tel e-mail
フリガナ () 入居者様 (契約者様と異なる場合)	〒 都・道 府・県 市・区・郡 住所 Tel e-mail
扱い代理店名	
保険証券番号	保険期間 年 月 日 から 年 月 日 年間
事故の内容	・事故発生日 年 月 日 時 分頃
	・事故発生場所 ・入居者住所と同じ ・その他()
	・警察・消防署 届出 有・無 届出先 署・担当 Tel
	・事故状況及び損害
フリガナ () 修理業者名	〒 都・道 府・県 所在地 Tel e-mail
請求書類送付先: <input type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 代理店→住所: <input type="checkbox"/> その他(下記連絡事項欄にご記入ください。)	
その他連絡事項	受付印
受付後、順次書類送付させていただきます。対象外の場合等は事故センターよりご連絡させていただきます。尚、土日祝日での受付に関しましては翌営業日より順次対応となりますことご了承ください。	