

第三者行為調査表 (被保険者用)

被 保 険 者									
記号番号									
保険者番号		3 6 2 0 6 1 (阿波市)							
住 所		電話番号 ( ) -							
氏 名				生 年 月 日		明・大 昭・平		年 月 日 生	
事 故									
発生年月日		平成 年 月 日		午前 午後		時 分頃			
発生場所									
第 三 者 に 関 する 状 況									
第 三 者		住 所		電話番号		( ) -			
第 三 者		氏 名		生年月日		明・大 昭・平 年 月 日 生			
第 三 者 の 使 用 者		住 所 (所在地)		電話番号		( ) -			
第 三 者 の 使 用 者		名 称							
第 三 者 の 使 用 者		代 表 者 氏 名							
第 三 者 の 自 賠 保 険 関 係									
契 約 先					証 明 書 番 号				
保 險 契 約 者 所					氏 名				
保 有 者 住 所					氏 名				
運 転 者 住 所					氏 名				
車 種 別					登 録 番 号		車 台 番 号		
保 險 期 間		自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日							
未請求		請求済			本請求済				
[ 月ごろ請求する予定 請求する前に必ずご連絡 ください。 ]		仮 渡 内 払 円 回 円			平成 年 月 日ごろ 円				
示 談 関 係									
◎ 成立している場合		◎成立していない			◎交渉中				
示談書(写)を添付 してください。		( 月 日現在)			(成立すればすぐ連絡してください。)				
成立年月日									
平成 年 月 日									
被害者の人身傷害 補償保険について		人身傷害補償保険		人身傷害補償保険を使用する場合					
		有 ・ 無		契約保険会社 (共済) 名		担当者			
						電 話			