

# 保險金請求書（事故報告書）兼同意書

株式会社宅建ファミリーパートナー 宛

**同意事項**

**＜他の保険契約等がある場合＞**

同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等（保険契約その他の名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。以下同様とします。）がある場合につき、私は以下の事項について同意します。

- ① 保険契約等で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払いを受けた場合には、保険契約等で定められた保険金等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還すること（貴社または他の損害保険会社・共済等から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います）。
- ② 他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担分を超える額を請求すること。
- ③ 他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担分を超える額を求償するために必要な本保険金請求に関する私の個人情報（支払責任額等の内容、損害額等事故に関する情報、本事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報）を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、および、貴社がその損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること。

**＜個人情報の取扱い＞**

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険金支払および保険事故の調査などに必要な範囲において、個人情報を取得・利用すること、また、法令等による場合や調査のために必要なときには、業務委託先・調査先等へ提供することに同意します。

※個人情報お取扱いの詳細は、当社ホームページ（<https://www.takken-fp.co.jp/>）「個人情報保護方針」をご参照ください。

本事故に対し保険金を請求します。保険金は以下の口座にお振込みください。

口座への振込みをもって保険金を受領したものと認め、保険会社が取得する代位求償権を承認します。

保 險 金 請 求 者	住 所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	建物名称／部屋番号：		
フリガナ			被保険者との続柄
氏 名 (自署)	被保険者ご本人が自署してください。		
連絡先	<input type="text"/>	日中連絡先	<input type="text"/>

他社のご契約	保険会社等の名称	保険の種類	証券番号	保険契約者	保険金請求の有無
<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり →					<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり

<b>保 險 金 振 込 先</b>	<b>振込先 ①</b>	<input type="checkbox"/> 保険金請求者／被保険者	<input type="checkbox"/> 修理業者	<input type="checkbox"/> 事故の相手方／事故の相手方指定の口座		
		<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 労金	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	店番号/通帳記号	口座番号／番号（右づめ）
	口座名義（カナ記入）					
<b>振込先 ②</b>	<input type="checkbox"/> 保険金請求者／被保険者	<input type="checkbox"/> 修理業者	<input type="checkbox"/> 事故の相手方／事故の相手方指定の口座			
	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 労金	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	店番号/通帳記号	口座番号／番号（右づめ）	
	口座名義（カナ記入）					

裏面に続きます。

代理店確認印	保険会社受付印

※損害品は、別紙にご記入ください。

事故の内容	発生日時	20 年 月 日 (午前) (午後) 時 分 頃					事故後の転居	(有)	(無)	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 保険の対象所在地と同じ <input type="checkbox"/> 保険の対象所在地と異なる →								
	届出	(有) →	警察署名 :			受理番号 :		届出日 : 20 / /		
		(無)	消防署名 :							
	事故発生状況									

盗難事故の詳細	状況図									
	→ : 侵入口 ☆ : 被害品のあった場所 × : 破損のあった所（ドア、壁など）									
	(1) 損害品がないことに気づいた日時／経緯／状況									

対物・対人賠償	相手方氏名				電話番号		
	① 住 所						
	損 害 品	<input type="checkbox"/> 別紙見積書の通り <input type="checkbox"/> 別紙損害品明細書の通り <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	② 相手方氏名				電話番号		
	住 所						
	損 害 品	<input type="checkbox"/> 別紙見積書の通り <input type="checkbox"/> 別紙損害品明細書の通り <input type="checkbox"/> その他 ( )					