

株式会社カインズ 御中

cainz安心スマートパック

対人対物賠償補償事故報告書

cainz安心スマートパック ライト

報告日		年 月 日
保険金 請求者	住所	〒 -
	フリガナ	
	氏名	
		TEL - -
		加入者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他()

相手方 連絡先	住所	〒 -
	フリガナ	
	氏名	
		TEL - -
		相手先との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他()

事故内容	
事故日時	年 月 日 午前・午後 時 分 頃
事故場所	
事故状況	
届出警察	警察署 受理番号

被害内容	
相手の被害状況	<input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 物損 <input type="checkbox"/> その他
ケガの場合	<input type="checkbox"/> 1週間以上の入院の可能性があります <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 可能性はありません

▶ おケガをされた方のお名前をご記入ください。(複数の場合は全員)

--

会社使用欄

受付店名 (ゴム印)	
---------------	--

受付日	年 月 日	受付担当者	
-----	-------	-------	--

備考	
対応終了確認	確認日 年 月 日 / 確認者

対人対物賠償補償事故報告についてのご注意

①有効期間内に発生した事故かご確認ください。

→ 有効期間は自転車購入日から1年間です。

②対象となる事故かご確認ください。

→ 弊社が販売する自転車購入者向け「安心スマートパック」に加入した自転車を使用または管理をしている方
(ただし、正当な権利を有さずに使用または管理をしている方は含みません)

③対人対物賠償補償事故報告書に必要事項をご記入ください。

→ 記入例をご参照下さい。

→ 購入時にお渡ししていますサイクル管理台帳（お客様控）

④事故報告後に保険会社（三井住友海上）より、請求者様と相手方様へご連絡させていただきますので、ご協力よろしくお願いたします。

< 記入例 >

株式会社カインズ 御中

cainz安心スマートパック

cainz安心スマートパック ライト

対人対物賠償補償事故報告書

報告日		2019年〇〇月〇〇日	
保険金請求者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 1-23-45	TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	フリガナ	カインズ、タロウ	加入者との関係
	氏名	〇〇〇〇 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他()

※印鑑をお手元にご用意できない場合には捺印はなくても可です。
 ※交通事故証明書をご覧になりながらご記入下さい。

*相手電話番号は重要

相手先連絡先	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 2-23-45	TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	フリガナ	カインズ、ジロウ	相手先との関係
	氏名	△△△△ 次郎	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他()

事故内容			
事故日時	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 <u>午前</u> ・午後 〇〇時 〇〇分 頃		
事故場所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇3-45先路上		
事故状況	通勤で自転車走行中歩行者と衝突、歩行者が転倒しケガ 同時にハンドバックも破損した模様		
届出警察	〇 〇 警察署	受理番号	1234

被害内容	
被害状況	<input checked="" type="checkbox"/> ケガ <input checked="" type="checkbox"/> 物損 <input type="checkbox"/> その他
ケガの場合	<input type="checkbox"/> 1週間以上の入院の可能性があります <input checked="" type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 可能性はありません

→ おケガをされた方のお名前をご記入ください。(複数の場合は全員)

〇〇〇〇 三郎

※ここより上部はお客様が全項目ご記入お願いします。

会社使用欄

※ここより下部は店舗担当者が記入します。

受付店名 (ゴム印)	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 カインズ〇〇店 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
---------------	---

受付日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	受付担当者	〇 〇
-----	-------------	-------	-----

備考	
対応終了確認	確認日 年 月 日 / 確認者