

FAX 0120-733-365 (無料)

地震災害事故受付票

<ご契約内容>

フリガナ ご契約者名	
ご連絡先	日中につながるご連絡先 自宅番号 () — () — () 携帯番号 () — () — () 勤務先番号 () — () — ()
証券番号	
地震保険 ご契約の対象	※該当の項目に○をつけてください。 地震保険 : あり ・ なし ご契約の対象: 建物 ・ 家財 ・ その他 ()

<ご損害内容>

事故日	2011年 3月 日 ※ご損害の原因となった地震発生日		
損害物件 の住所	都道 府県	市郡 区	区村 町
	番地・マンション名、号室等をご記入ください。		
損害状況	建物	※該当の項目に○をつけてください。 1. 倒壊大破しており全壊状態 2. 損害が大きく住めない状況 3. 損害はあるが住めない状態ではない 4. 損害は軽微 5. 火災損害 6. その他 ()	
	家財	※該当の項目に○をつけてください。 1. 家財が散乱・大破している 2. 家財の一部が散乱 3. 火災損害 4. その他 ()	
	その他	※具体的に記載ください。	
その他ご連絡事項			

上記ご連絡先に弊社よりご連絡させていただきますが、
電話事情等よりお時間をいただくことがございます。
あらかじめご了承ください。

受付印 (弊社記入欄) :

※誤って本 FAX を受信された場合は、誠に恐縮ですが、上記「FAX 番号 (三井住友海上火災保険)」
まで送信、または、上記「ご連絡先 (ご契約者)」までご連絡いただきますようお願い申し
上げます。