**第三者の行為による傷病届**

|  |  |
| --- | --- |
| ※フリガナ※負傷者氏名 | （生年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　） |
| ※ フリガナ※ 氏名 | **事故状況の問い合わせに対応される方の連絡先をご記入ください。**（負傷者との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 住所
 | （上記氏名欄の方の住所）〒 |
| * 電話番号

（日中連絡のとれる番号） | 自宅 |  |
| 携帯 |  |
| 損保会社等　　　＊1 | 名称 |  |
| 電話番号 |  | 担当者 |  |
| ※ 事故状況　　　＊２ | 事故日 | 年　　　月　　　日 |
| 交通事故(負傷者 ：　　　　　対　相手方：　　　　　　) |

※ の記入欄は必須項目です。

＊１．損保会社名が不明の場合は空欄で結構です。

＊２．交通事故については負傷者と相手方の状況をお知らせください。

（例：負傷者：自転車 対 相手方：自動車）

事故状況の詳細の聞き取りは、後日、求償事務委託先のガリバー・インターナショナル㈱が担当いたします。