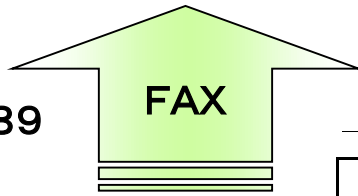


FAX:03-5215-8689

TEL:03-3261-3188

SOMPO 企業保険金サポート(株)
火災新種事業部 電力共済事故調査係 御中



発信日 : 20 年 月 日

発信者	<input type="radio"/>	契約者ご本人
	<input type="radio"/>	その他()

火災共済災害発生報告書

ご契約者氏名	フリガナ											
組合員番号※												※組合員番号は e-amenity(JCB)カードの左下に 刻印されている10ケタの番号です。

● SOMPO 企業保険金サポート(株)が本 F A X を受領後、内容確認のためお電話をさせていただきます。
ご連絡の取りやすい電話番号および優先順位をご記入ください。

優先順位	日中のご連絡先	
1	自宅・携帯・職場・その他	— —
2	自宅・携帯・職場・その他	— —
3	自宅・携帯・職場・その他	— —

罹災日	20 年 月 日 (時 分頃) ●罹災日(災害発生日)が不明な場合は、罹災推定日時をご記入ください。
罹災原因	該当するものに○印をつけてください。 火災・風害・水害(床上浸水)・雪害・雷・雹・凍結・その他()
被害状況	①どの部分が ②どうなったか をご記入ください ◆必ず修理する前(買替える前)に被害の状況がわかる写真を撮ってください◆
罹災住所 (契約住所)	罹災した物件の所在地をご記入ください。 〒 —
共済金支払 請求書類送付先	罹災した物件の所在地と異なる場合のみご記入ください。 〒 —
他火災保険等 の有無	該当するものにレ点(チェック印)をつけてください。 <input type="checkbox"/> 有 保険会社名 [] <input type="checkbox"/> 無

【個人情報の取扱いについて】

①SOMPO 企業保険金サポート(株)が、本共済金請求に関する個人情報を、支払いの判断・付帯サービスの提供等を行うために取得・利用・提供すること②他の保険契約等がある場合、SOMPO 企業保険金サポート(株)が本共済契約等に関する情報を、他の損害保険会社・共済等へ提供すること、および、他の損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、に同意します。