

相 談 票(交通事故)

お名前

ご住所 〒

連絡先

E-mail

※ Eメールアドレスは、受任後の報告や書面の送受信のためにお知らせ下さい。

事故発生日 年 月 日 午前・午後 時頃

事故状況

(図での説明)

(言葉での簡単な説明)

1. 人対車両 2.正面衝突 3.側面衝突 4.出会い頭衝突 5.接触 6.追突 7.その他

・受傷部位・診断名

・治療開始日 年 月 日 治療終了日(治癒・症状固定) 年 月 日

・入院の有無 入院した(年 月 日～ 年 月 日)・入院なし

・休業(休職)の有無 休業した(年 月 日～ 年 月 日)・休業なし

・後遺障害(後遺障害等級認定票の記載) 級 号

・相手方(加害者)の名称

・相手方(加害者)の任意保険会社 担当者： 連絡先：

・特に相談したい事項

● 資料

- 1.交通事故証明書 2.診断書 3. 後遺障害等級認定票 4.休業損害証明書 5.保険会社か

らの賠償額の提案書 7.その他 ()