

後遺障害 慰謝料無料診断サービスについて

〒170-6033
東京都豊島区東池袋3-1-1 サンシャイン60
弁護士法人アディーレ法律事務所
代表弁護士 石丸 幸人
TEL 03-5950-1817 / FAX 03-5950-0829

申込書に必要事項をご記入のうえ、下記の書類と共にお送りください。

- 無料診断サービス申込書 1 通
- 事故発生状況報告書 1 通
- 相手方保険会社からの提示書面（写し） 1 通
- ※最新の提示書面のコピーをお送りください。
- ご利用者の身分証明書 1 通
（免許証の写し、健康保険証写しなど）

郵送でお送りいただく場合

〒170-6033
東京都豊島区東池袋3-1-1 サンシャイン60
弁護士法人 アディーレ法律事務所
交通事故 無料診断キャンペーン行

FAXでお送りいただく場合

FAX : 0120-096-783（フリーコール オクローナヤミ）
※コンビニなどからお送りいただく際は03-5950-0829 宛てにお送りください。

お送りいただいた書類は返却いたしませんので、予めご了承ください。

無料診断サービス申込書

私は、貴事務所の慰謝料無料診断サービスに関し、「個人情報の利用に関する通知」を確認のうえ、個人情報を取得・利用することに同意します。

| 相談者情報 | | | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------|
| 相談者お名前 (今回被害に遭われた方) | フリガナ | 記入者 (本人以外の場合に 記載してください) | 相談者の方との関係 |
| | 氏名 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| 電話番号(自宅) | | 電話番号(携帯) | |
| 住所 | 〒 | | |
| 弁護士費用特約の有無 (無・有・不明に○を付けてください) | 無 有 弁護士費用特約の損保名() 被保険者【本人・同居の家族・勤務先・その他()】 不明 | | |










| 事故情報 | | |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故日 | 平成 年 月 日 | |
| 事故類型 | 【相談者】 <input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 単車(二輪・原付) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行 | 【相手方】(加害者) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 単車(二輪・原付) <input type="checkbox"/> 自転車 |
| | 事故発生時の加害者の状況 <input type="checkbox"/> 無免許運転 <input type="checkbox"/> 携帯電話使用 <input type="checkbox"/> 酒酔い運転 <input type="checkbox"/> ひき逃げ <input type="checkbox"/> 信号無視 <input type="checkbox"/> その他(何かあればご記入ください) <input type="checkbox"/> 居眠り () | |
| 事故当時の職業 | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 専業主婦(夫) <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他() | |

| 物損情報 | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 損害 | ※物損があれば記載ください。 <input type="checkbox"/> 車両損害 <input type="checkbox"/> 積載物() <input type="checkbox"/> その他() |
| 示談状況 | <input type="checkbox"/> 示談済み <input type="checkbox"/> なし |

| 治療情報 | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 傷病名 ※複数ある方は全て 記載してください。 | |
| 入通院日数 ※お分かりになる範囲で 結構です。 | <input type="checkbox"/> 入院_____日 <input type="checkbox"/> 通院_____日 |
| 後遺障害 | <input type="checkbox"/> 認定済み(_____級_____号) <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 治療費負担状況 | <input type="checkbox"/> 症状固定日(平成 年 月 日)まで相手損保が負担 <input type="checkbox"/> 症状固定日(平成 年 月 日)前に打ち切られた。 (平成 年 月 日まで相手損保が負担している。) <input type="checkbox"/> 症状固定日不明だが平成 年 月 日まで相手損保が負担 |

事故発生状況報告書

| 事故発生状況 | | | | | |
|--------|----------------------------------------|--------|------------------|----------|--------------------|
| 事故日 | 平成 年 月 日 | 事故場所 | (一般・高速)道路 | | |
| 甲の氏名 | | 乙の氏名 | | 乙の状況 | 運転・同乗 歩行・その他() |
| 速度 | 甲車 km/h(制限速度 km/h), 乙車 km/h(制限速度 km/h) | | | | |
| 道路状況 | 見通し 悪い | 道路幅 | 甲車側()m, 乙車側()m | | |
| 信号・標識 | 信号 有無 | 一時停止標識 | 有無 | その他標識() | |

| 事故発生図 | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故現場における状況を図示してください。 | |
| <div style="border: 1px dashed gray; height: 300px; width: 100%;"></div> | <p>加害車両 </p> <p>被害車両 </p> <p>進行方向 </p> <p>衝突地点 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>一方通行 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 バイク </p> |
| 上記図の説明 | |
| | |
| | |
| | |

上記のとおり報告致します。

書類作成日 平成 年 月 日
 報告者 甲との関係()
 乙との関係()

氏名 _____

後遺障害 慰謝料無料診断サービス申込書

私は、貴事務所の後遺障害 慰謝料無料診断サービスに関し、「個人情報の利用に関する通知」を確認のうえ、個人情報取得・利用することに同意します。

| 相談者情報 | | | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------|
| 相談者お名前 (今回被害に遭われた方) | フリガナ アディーレ ジロウ | 記入者 (本人以外の場合に 記載してください) | |
| | 氏名 アディーレ次郎 | 被害者の方との関係 | |
| 生年月日 | 昭和 55年 x 月 x 日 (31 歳) | | |
| 電話番号(自宅) | 03-xxxx-xxxx | 電話番号(携帯) | 090-xxxx-xxxx |
| 住所 | 〒170-1100 東京都豊島区東池袋x-x-x アディーレマンション101号室 | | |
| 弁護士費用特約の有無 (無・有・不明に○を付けてください) | 無 <input checked="" type="radio"/> 有 不明 | 弁護士費用特約の損保名(●●損保) 被保険者【 本人 】・同居の家族・勤務先・その他() | |

| 事故情報 | | |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故日 | 平成 23 年 1 月 1 日 | |
| 事故類型 | 【相談者】 <input checked="" type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 | 【相手方】(加害者) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 単車(二輪・原付) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行 | <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 単車(二輪・原付) <input type="checkbox"/> 自転車 |
| 事故発生時の加害者の状況 | <input type="checkbox"/> 無免許運転 <input type="checkbox"/> 携帯電話使用 <input type="checkbox"/> 酒酔い運転 <input type="checkbox"/> ひき逃げ <input type="checkbox"/> 信号無視 <input type="checkbox"/> その他(何かあればご記入ください) <input type="checkbox"/> 居眠り () | |
| 事故当時の職業 | <input checked="" type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 専業主婦(夫) <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他() | |

| 物損情報 | | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 損害 | ※物損があれば記載ください。 <input type="checkbox"/> 車両損害 <input type="checkbox"/> 積載物() <input type="checkbox"/> その他() | |
| 示談状況 | <input type="checkbox"/> 示談済み <input type="checkbox"/> なし | |

| 治療情報 | | |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 傷病名 ※複数ある方は全て記載してください。 | 頰椎捻挫, 腰椎捻挫 | |
| 後遺障害 | <input checked="" type="checkbox"/> 認定済み(14 級 9 号) <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| 治療費負担状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 症状固定日(平成 23 年 10 月 1 日)まで相手損保が負担 <input type="checkbox"/> 症状固定日(平成 年 月 日)前に打ち切られた。 (平成 年 月 日まで相手損保が負担している。) <input type="checkbox"/> 症状固定日は不明だが平成 年 月 日まで相手損保が負担。 | |

より具体的なアドバイスのため、事故場所の詳細な住所をご記入ください。
 (警察からの書面や交通事故証明書などを参考に、番地等までご記入をお願いします。住所がご不明な場合は、お分かりになる範囲で結構です。)

事故発生状況報告書(記載例)

| | | | |
|---------------|----------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| 事故発生状況 | | 甲:加害者の氏名 | 乙:被害者の氏名 |
| 事故日 | 平成 年 月 日 | 事故場所 | 東京都豊島区南池袋X-X-X (一般・高速)道路 |
| 甲の氏名 | 〇〇 花子 | 乙の氏名 | アディーレ次郎 (運転 同乗 歩行 その他()) |
| 速度 | 甲車 40 km/h(制限速度 40 km/h), 乙車 20 km/h(制限速度 30 km/h) | | |
| 道路状況 | 見通し 良い 悪い | 道路幅 | 甲車側(2)m, 乙車側(2)m |
| 信号・標識 | 信号 有 無 | 一時停止標識 有 無 | その他標識() |

事故発生図
 事故現場における状況を図示してください。

加害車両

被害車両

進行方向

衝突地点

信号

一時停止

一方通行

人間

自転車
バイク

事故場所の目印となる建物等があれば、ご記入をお願いいたします。

上記図の説明

相手方は一時停止標識のある十字路。
 当方(被害車両)はスピードを緩めて交差点に進入したが、相手(加害車両)は一時停止せず、スピードも緩めずに進入してきた。

上記のとおり報告致します。

書類作成日 平成 ●● 年 ● 月 ● 日
 報告者 甲との関係(なし)
 乙との関係(本人)

氏名 アディーレ次郎

個人情報の利用に関する通知

アディーレ法律事務所は「個人情報保護方針」に従い、依頼者ご本人の個人情報を次のとおり取り扱います。お読みいただき、同意していただいた上でご依頼ください。

1. 個人情報の利用目的

ご本人の個人情報は、ご本人が依頼される次に該当する事項の目的で取得し、利用させていただき、目的の範囲を超えて利用することはありません。

- (1) 法律相談業務の遂行
- (2) 受任事件における訴訟、交渉、その他事件に関連する法律事務の遂行
- (3) 顧問業務の遂行

この目的を達成するために、特定の機微な個人情報を取得し、利用及び提供させていただきます。

2. 個人情報の第三者提供

ご本人の個人情報は、裁判所又は当該相手方に提供させていただきます。

次のいずれかを除き、あらかじめご本人の同意を得ることなく第三者に提供いたしません。

- (1) 法令に基づく場合
- (2) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき
- (3) 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき
- (4) 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

3. 個人情報の委託

ご本人の個人情報を委託する場合は、個人情報に関する秘密保持を締結した委託先に委託しています。

4. 個人情報の開示・訂正等

ご本人からの利用目的の通知、個人情報の開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止を希望される場合は、下記の窓口にて承っております。

5. 個人情報を与えることの任意性

ご本人のご判断により個人情報の提供を拒否することができますが、その場合、1項の、利用目的を達成できない場合があります。

弁護士法人 アディーレ法律事務所

責任者 個人情報保護管理者

個人情報に関する相談窓口

MAIL : privacy@adire.jp

TEL : 03-5950-1817

FAX : 03-5950-0829

郵送 : 〒170-6033 東京都豊島区東池袋 3-1-1 サンシャイン 60