

交通事故法律相談フォーム

※太枠内は必須項目です。もれなくご記入下さい

相談者様	フリガナ		電話番号	
	氏名	被害者様とのご関係 ()		
治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> その他(死亡等)			

※以下は任意記入欄ですが、ご記入いただくと弁護士とのやりとりがスムーズになりますので、お時間のある方はご記入下さい。

被害者様の生年月日			
事故発生日			
事故発生場所			
事故形態	※車同士の追突、車と自転車の出会い頭など		
相手方の氏名			
お怪我の場合は、お怪我をされた箇所とその程度			
お困りのこと、ご相談なさいたい事をご自由にお書き下さい			
症状固定日	※症状固定となっている方のみご記入下さい		
後遺障害等級	※自賠償の後遺障害等級の認定を受けている方のみご記入下さい		
相手方任意保険会社			
ご自身が任意保険に加入している場合の保険会社名		弁護士費用 特約ご加入 の有無	