

Date: / / (YYYY/MM/DD)

HDI-Gerling Industrie 保険会社 行
 To HDI-Gerling Industrie Versicherung AG
 (Fax: 03-5214-1365)

土木構造物保険 事故発生報告書
Claim Report for
CECR Insurance

保険証券番号 Policy No.			
ご連絡先 For Correspondence			
会社名 Name of Company			
担当部署 Section in Charge			
担当者名 Person in Charge			
TEL/FAX	TEL	()	
	FAX	()	

下記のとおり報告します(We report as follows.)

事故状況 Condition of Accident			
事故発生日 Date of Accident	(YYYY/MM/DD) / /	事故発生時間 事故発見時間	: : AM・PM AM・PM
事故現場 Place of Accident			
事故種別 Type of Accident	<input type="checkbox"/> 地震損害 Earthquake damage <input type="checkbox"/> 台風損害 Typhoon damage <input type="checkbox"/> その他 Others ()		
事故概要 Outline of the Accident			
利益保険の有無 BI Coverage	<input type="checkbox"/> 有り Yes <input type="checkbox"/> 無し No		
事故報告者 Who noticed the Accident	氏名(Name)		住所(Address) TEL ()
	事故通知日 (Date of Notice) / / (YYYY/MM/DD)		
損害場所 Property Damage			
損害場所 Damaged Property			
保険金額 Sum Insured		建築年 (YYYY/MM) Time of Construction	
損害程度 Level of Damage			
建築業者 Contractor		修理業者 Repairer	
損害見込額 Estimate Amount of Damages			
利益保険 BI			
保険金額 Sum Insured		阻害割合 Inhibitory %	
約定てん補期間 Indemnity Period		免責期間 Time excess	
復旧期間見込み Estimated Interruption			

