

Date: / / (YYYY/MM/DD)

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

賠償責任 事故発生報告書
Claim Report for General Liability 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) / / AM·PM	損害賠償請求日 Date of Claim Made	(YYYY/MM/DD) / / AM·PM
事故場所 Place of Accident			
事故種別 Type of Accident	<input type="checkbox"/> 物的損害 Property damage <input type="checkbox"/> 人的損害 Bodily Injury <input type="checkbox"/> その他 Others ()		
被害者 Who is a Claimant (企業の場合には、会社名を記載してください。)	氏名又は企業名(Name) 男・女 Male/Female	年齢 (Age)	住所(Address) TEL ()
	職業(Occupation)	勤務先(Office)	勤務先住所(Office Address) TEL ()
通知者 Who noticed the Accident	氏名(Name) 男・女 Male/Female	年齢(Age)	住所(Address) TEL ()
	事故通知日(Date of Notice) / /	被害者との関係(Relations between Injured)	
物的損害 Property Damage		人的損害 Bodily Injury	
被害品名 Damaged Property		傷病名 Name of Injury	
被害品の購入額 Purchase Price	購入時期 (YYYY/MM) Time of Purchase	見込治療期間 Estimate Period for Treatment	入院・通院 (Inpatient / Outpatient)
被害程度 Level of Damage		病院名 Name of Hospital	TEL ()
修理業者 Repairer			
損害見込額 Estimate Amount of Damages			
事故原因 Cause of Accident			

事故状況見取図 Sketch of the Conditions of Accident	
被害者の要望 Outline of Claim	
今後の被害者との対応方法(予定) How to deal with Injured from now (Estimate)	
その他 Others	
他に保険がある場合は、保険の名称と保険会社名をご申請ください If you have any other applicable insurance, please specify the kind of insurance and name of insurer.	
調査日時 Date of Investigation	(YYYY/MM/DD) 被害者側立会者名 Name of Observer for Injured
添付資料 Attached Documents	写真・経過記録・その他() Photos/Record of Progress/Others ()