

Date: / / (YYYY/MM/DD)

HDI-Gerling Industrie 保険会社 行  
To HDI-Gerling Industrie Versicherung AG

**PL事故発生報告書**  
**Claim Report for Product 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	( ) ( )

下記のとおり報告します(We report as follows.)

製品名 Name of Products		当該製品流通開始日 Shipping Date of the Products	(YYYY/MM/DD) / /
型式・製造番号・製造年月 Model/Serial No./Date of Manufactured			
関連会社(部品メーカー等) Sub Contractors (Parts Maker, etc.)			
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(Name) 年齢(Age) 住所(Address) 男・女 Male/Female	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) 年齢(Age) 住所(Address) 男・女 Male/Female	TEL	( )
	事故通知日(Date of Notice) / /	被害者との関係(Relations between Injured)	
同一の危険を担保する他の保険契約 Other Insurance against Same Coverage	会社名 (Name or Insurance Company)		
	保険種目(Line of Insurance)		
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			
事故状況:事故前の使用形態、事故時の状態 Description of Accident :			

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 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			
<b>事故原因(推定)</b> Cause of Accident (Estimate)			
<b>被害者の要望</b> Outline of Claim			
<b>今後の被害者との対応方法(予定)</b> How to deal with Injured from now (Estimate)			
<b>原因究明方法(予定)</b> How to Investigate (Estimate)			



