

運送保険事故報告書

年 月 日

AIG 損害保険株式会社 宛

(通知者)

㊞

TEL:

FAX:

下記のとおり運送事故が発生しましたので通知します。

| | | | | | |
|--|--------|-----|----------------|----|-------|
| 保険契約者 | | | | | |
| 保険証券番号(引受番号) | | | | | |
| 車両登録番号・船名 <small>(トレーラーの場合はシャーシも記入)</small> | | | 最大積載量 運転手氏名 | | |
| 輸送区間 | | 発送日 | | 年 | 月 日 時 |
| 貨物品名・出荷数量 | | | | | |
| 元請輸送人 | | | | 年 | 月 日 |
| 出荷主 | | | | | |
| 受荷主 | | | | | |
| 事故発生日時 : 年 月 日 時 分頃 場所 : ①輸送中 ②於 | | | | | |
| 事故状況 (1)発生状況・事故原因: ※借用フォークリフトによる事故の場合はフォークリフトの保険付帯確認要 有(保険の種類)・無 (2)貨物品名・損害数量: (3)損害の状況: (4)損害額(推定): | | | | | |
| 貨物および 損害貨物の明細 | 貨物(品名) | 総数量 | 損害数量 | 単価 | 損害額 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 損品の処置 該当事項に○を : 廃棄 ・ 修理/手直し ・ 転売 ・ その他() | | | | | |
| 損害貨物保管場所 : | | | | | |
| 立会調査の際の連絡先・担当者 : | | | | | |

* 担当 SC:海損第二SC (TEL)03-5400-6544 (FAX)03-5400-1411

* 事故の第一報の場合はわかる範囲でご記入ください。最終ご提出時までにもれなくご記入をお願いします。

