

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。

1S1-281

