損害保険ジャパン（株）
本店火災新種専門保険金サービス部　医師・専門賠償保険金サービス課行
FAX　042－452－9592
もしくは
（株）アールアンドディセキュリティ行
Mail　support@randds.co.jp
FAX　03－3221－7016

年　　月　　日

第三者賠償責任保険
事　故　連　絡　票

保険契約者（団体名）	一般社団法人 建設コンサルタンツ協会			
企業名（登録番号）			□□－□□□□□	
住所				
担当部署・氏名				
連絡先	TEL		FAX	
	Mail			
業務の発注者				
請負業務名				
請負契約期間	年　月　日 ～　年　月　日			
事故者（被保険者）	□ 1　加入者　□ 2　発注者 □ 3　その他（　　）			
事故発生日時	年　月　日　時　分ころ			
事故発生場所				
警察への届出	□有 □無 届出警察署名（　　）届出日（　年　月　日）			
対人事故	被害者	氏名	□男 □女（　歳）	保護者氏名
		住所		TEL
	身体障害の症状・程度			
	治療病院名		□通院 □入院	TEL
対物事故	損壊財物	名称		
		所有者	（氏名）　（住所）	
	損壊の程度			
	修理業者名			TEL
事故発生の状況・とりあえず取った措置内容				
事故原因（推定）				

※事故の詳細については、改めて「事故報告書」をご提出いただきます。
　また保険金請求をする際には「現況報告書（写）」をご提出いただく場合がありますのでよろしくお願いします。