

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

建設コンサルタント賠償責任保険
事故連絡票

保険契約者（団体名）										
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										
受 託 業 務 名										
設 計 契 約 期 間	年	月	日	～	年	月	日			
成 果 物 引 渡 日	年	月	日							
賠償請求を受けた日	年	月	日							
事 故 発 生 場 所										
事 故 状 況										
事 故 原 因 （ 推 定 ）										
賠 償 請 求 内 容 または損害の程度										

※判明している範囲でご記入のうえ、設計業務契約書の設計業務期間記載部分と、「契約不適合責任期間等」または「瑕疵担保」に関する条項の記載部分をあわせてご送付ください。
※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致します。