

食品産業PL共済・事故発生通知書

| | | | |
|----------------------------------|---|--------|--------------|
| 1 加入者番号 | | 2 共済期間 | 年 月 日～ 年 月 日 |
| 3 加入タイプ | <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> S <input type="radio"/> その他 | | |
| 4 担当者名・連絡先 | ご担当者部署・氏名: 連絡先 TEL No. _____ FAX No. _____ | | |
| 5 事故発生日時 | 年 月 日 (午前・午後 _____ 時 _____ 分頃) | | |
| 6 被害者からの 請求年月日 | 年 月 日 (午前・午後 _____ 時 _____ 分頃) 口頭・書面 | | |
| 7 事故発生場所 | | | |
| 8 原因製品 | 業種区分【 _____ 】 | | |
| 9 原因製品の有無 | 有(場所: _____)・無 原因製品の写真 有・無 | | |
| 10 出荷日 | 年 月 日 (午前・午後 _____ 時 _____ 分頃) | | |
| 11 流通経路 | | | |
| 12 事故の概要 | | | |
| 13 損害の程度 ①対人 ②対物 ③不良完成品 | ①対人:死亡者 有・無 (有の場合 人) 後遺障害者 有・無 (有の場合 人) 被害者の状況 入院 有・無 通院 有・無 病院名 (_____) ②対物:被害物 (_____) ③不良完成品:被害物 (_____) | | |
| 14 責任関係 (推定) | | | |
| 15 官公署への届出 | 有・無 (届け出先名: _____) (担当者名: _____ 連絡先: _____) | | |
| 16 その他 (現在の交渉状況等) | | | |

(注) 事故発生・損害賠償請求を受けたときはすみやかにセンターまでご連絡下さい。ご連絡が遅れますと共済金の一部または全部の支払ができなくなる場合がありますのでご注意願います。