

□LPガス都道府県協会 □幹事保険会社 御中

L P ガス事業者賠償責任保険 事故報告書

報告者 様 (<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 扱者 <input type="checkbox"/> その他)	住所	報告日 年 月 日	Tel
--	----	-----------	-----

『事故の内容をお聞かせください』

保険種目 (該当に○)	LPガス賠償責任	販売事業者	受託認定保安機関	スタンド事業者	配送事業者
	スタンド保険オプション	自動車管理者賠償	盗難保険	店舗休業保険	動産総合保険
		個人情報漏えい	総合賠償	労働災害総合	
事業者	名称	事業所名			
	住所	都道府県	市区郡	町村	担当者名
	Tel	<small>(配送事業者・受託事業者の場合) 委託販売事業者名:</small>			

事故発生日	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃				
事故発生場所	住所	都道府県	市区郡	町村	
	名称				
	施設種類	住居・共同住宅・旅館等・料理飲食店・事務所・学校・病院・集会所・作業所 充填所・販売所・運搬中・その他()			
	事故LPガスの用途		供給状況	容器・貯槽・バルク	kg t 本

被害者と損害区分	人身損害	被害者		人身被害の区分 傷害の程度・全治日数など			
		氏名	年齢				男女
		区分	死亡・ケガ				
	器物損害	建物・器物等	有・無	損害見込	円	建物・器物名称 ()	
		車両損害	有・無	損害見込	円	車名 ()	登録番号 ()

事故概要	＜事故見取図＞					
官公庁届出	警察消防	担当官	届出人	届出日	受理番号	

依頼事項	官公庁届出	再報告要	<input type="checkbox"/> 無断示談禁止 <input type="checkbox"/> 付保開示禁止 <input type="checkbox"/> 社保切替 <input type="checkbox"/> 密接な連絡要 <input type="checkbox"/> お見舞い <input type="checkbox"/> 葬儀参列	<input type="checkbox"/> 保険金請求書 <input type="checkbox"/> 事故証明書 <input type="checkbox"/> 示談金領収書 <input type="checkbox"/> 示談金積書 <input type="checkbox"/> 修理見積書 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 治療費明細書 <input type="checkbox"/> 確認書	書類発送	その他
		* 必要項目に赤印する			否・要 発送	

『ご連絡ありがとうございました』

協会受付印	保険会社受付印

(注)賠償事故の場合には、保険会社の承諾前に「示談」を行わないようご注意ください。