Chubb損害保険株式会社（チャブ保険）御中
FAX:03-6364-7451（TEL:0120-959-111）

代理店賠責「日本代協新プラン」専門業務事業者賠償責任保険 保険募集人特約

事故報告書

本件の事故対応の手順については、裏面Aをご覧ください。

①正会員番号		②報告日	年　月　日
③代理店賠責ご加入者	住所	□□□－□□□□　電話：　－　－　FAX：　－　－	
	代理店名		
	担当者名		
④所属保険会社および報告日	保険（株）　部支店　課支社		
	上記所属保険会社への事故報告日	年　月　日（　様）	

事故の内容				
⑤被害者（貴代理店に賠償請求申し立てを行った人）	住所	□□□－□□□□　電話：　－　－　FAX：　－　－		
	氏名	法人の場合は法人名・代表者名		
	請求申立日	年　月　日	請求の方法	訴訟・調停・文書・口頭
⑥請求関連	過失行為日	年　月　日	請求額	円
⑦請求の原因となった行為				

⑧請求に至る経緯および現状：