

三井住友海上火災保険株式会社 宛

お願い 太線内をご記入ください。

当該保険事故につき、関係書類を添付のうえ、保険金を請求します。


【個人情報の取扱いに関する同意】

本保険請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、次のとおり取得・利用・提供することに同意します。

- ① 保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等）・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、貴社が保険事故の関係者（修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ② 再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、貴社が再保険引受会社に提供を行うことがあること。
- ③ 保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）については、貴社が保険業法施行規則に基づき、保険業の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行うこと。
- ④ 他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報（支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報）を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。また、その損害保険会社・共済が貴社へ提供すること、貴社から提供を受け、利用すること。

【他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意】

同一の損害または費用に関して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等（保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。本書面では同様とします。）から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払いを受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します（貴社または他の保険契約等の保険会社・共済から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います。）。また、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。

保険金請求日	2019年12月20日	管理番号 (任意にご利用ください)	F-001 (任意にご利用ください)
保険金請求者 (被保険者)	住所: 〒X X X-X X X X TEL No. XXX - XXX -XXXX 〇〇県〇〇市〇〇 X-X-X		
	お名前 (法人の場合は、法人名と代表者の役職名・氏名をご記入のうえ、職印をご押印下さい。)(必ずご押印ください) 		
	〇〇教科書株式会社 代表取締役 △△ △△ ご担当者: (部署・お名前) (連絡先) (法人の場合) 総務部 〇〇 △△ XXX - XXX -XXXX		
保険証券番号	A9-XXXXXXXX		
保険金請求額	合計金額 〇〇円		
※右記質問にご回答ください	今回の事故で保険金お受取りが可能な他の保険契約はありますか?	あります	ありません
	今回の事故で残存物取片付け費用のご負担はありますか? (残存物取片付け費用担保特別約款をセットしている契約の場合のみご回答ください。)	あります	ありません

残存物取片付け費用担保特約は契約していません

保険金は、以下の指定金融機関口座へ振り込んでください。

指定金融機関口座への振込をもって当方へ保険金の支払がなされたものと認め、領収書は発行いたしません。

〇△ 銀行	信用金庫	〇〇 本店
	信用組合 ()	支店
預金種別	普通 当座 貯蓄	口座番号 0 1 2 3 4 5 6
ゆうちょ銀行(注)	通帳記号 1	通帳番号 0 1
口座名義	カガナ マルマルキョウカシヨ (カ) 〇〇教科書株式会社	


海損部受付印

代理店・弊社営業受領日(印)
年 月 日

(注) ゆうちょ銀行への振込を指定される場合のみご記載ください。
ゆうちょ銀行の通帳の「郵便振替(送金機能)」欄に〇が付されていることをご確認ください。
送金機能のないゆうちょ銀行口座への振込はできません。

事故報告書 [運送・内航貨物保険]

三井住友海上火災保険株式会社 宛
(100万円未満の場合)

貴社名 (必ずご押印ください) 
(氏名) 〇〇株式会社

記入日 (報告日)	2019年12月20日			
事故発生日時 (不明な場合は損害発見日)	2019年12月15日 午前・午後 10時30分頃			
事故発生場所	<input checked="" type="checkbox"/> 輸送中 <input type="checkbox"/> 積込み・積卸し中 <input type="checkbox"/> 保管中 <input type="checkbox"/> 加工中 <input type="checkbox"/> その他()			
輸送用具	<input checked="" type="checkbox"/> トラック(運送会社名: <u>自社</u>) <input type="checkbox"/> 船舶(船名:) <input type="checkbox"/> その他()			
輸送区間	自 〇〇市 ~ 至 〇〇市〇〇			
保管・加工場所	(保管中・加工中の事故の場合にご記入ください)			
貨物の明細	品名	数量	単価	損害額
	教科書名 (他 損害明細書に記載)	冊数	定価×0.88	
損害の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 破曲損 <input type="checkbox"/> 濡れ損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 不着・紛失 <input type="checkbox"/> その他()			
損害の状況 発生した状況、程度、原因等	走行中の急ブレーキで荷崩れし、積荷が破損していた。			
損害貨物の処置	<input type="checkbox"/> 修理・手直し <input type="checkbox"/> 値引販売・転売 <input checked="" type="checkbox"/> 廃棄 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な処置方法をご記入ください) 商品として販売できない			
盗難・紛失事故 または交通事故 の警察への届出	届出年月日: 届出警察名: 警察署 交番 電話番号: 担当警察官: 届出人氏名: 受理番号:			

記入例

貨物第一グループ 行 (TEL:03-3259-3598/FAX:03-3259-8739)

(100万円以上の場合)

(添付書類 1枚含む本紙)

事故連絡シート (運送・運賠・有価証券/貨紙幣類・内航)

事故通知日時	20 19年 12月 15日		<input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後	4時 30分
通知者	<input checked="" type="checkbox"/> 契約者様・被保険者様	会社名・代理店名・営業担当課	ご氏名	〇〇 〇子
	<input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 三井住友海上営業担当	〇〇教科書株式会社	TEL	×××-×××-××××
三井住友海上からの連絡先	<input type="checkbox"/> 同上 会社名:	<input type="checkbox"/> 契約者・被保険者様 株式会社第一成和事務所	<input checked="" type="checkbox"/> 代理店 ご氏名: 蛸名靖仁/熊谷 侑	<input type="checkbox"/> その他
	email: ebina@d-seiwa.co.jp		kumagai@d-seiwa.co.jp	
	TEL: 03-5645-1071		FAX: 03-3667-9037	

契約者	<input type="checkbox"/> 同上 (未記載)	被保険者	<input type="checkbox"/> 同左 (未記載)		
証券番号	(未記載)	営業担当課	(未記載)		
保険の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 運送保険 <input type="checkbox"/> 運賠 <input type="checkbox"/> 有価証券・貨紙幣類 <input type="checkbox"/> 内航 <input type="checkbox"/> その他 ()				
事故発生日時	20 17年 3月 15日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 (不明の場合は損害発見日時)				
事故発生場所	<input checked="" type="checkbox"/> 輸送中 <input type="checkbox"/> 積込中 <input type="checkbox"/> 荷卸中 <input type="checkbox"/> 保管中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
損害貨物 ※種類が多数ある場合は別添下さい。	輸送貨物(品名)	総輸送数量	損害数量	単価	損害額
	教科書名	冊数	冊数	定価×0.88	
	教科書名	冊数	冊数	定価×0.88	
出荷主	〇〇株式会社	受荷主	〇〇商店	損害見込金額計 (必須) 円	
損害貨物保管場所	会社名: 〇〇株式会社	住所: 横浜市中区〇〇-××	ご担当者名: 〇〇氏	TEL: -	-
輸送区間	発送地: 東京都中央区		到着地: 横浜市中区		
	(発送日: 20 19年 12月 15日)		(到着日: 20 19年 12月 15日)		
輸送用具	<input checked="" type="checkbox"/> トラック (車両番号:) <input type="checkbox"/> その他 ()				
事故内容・損害状況・原因等 (損傷貨物の全体と損傷状況が分かる写真をご準備下さい。)					
走行中の急ブレーキで荷崩れし、積荷が破損していた。					
(盗難・紛失事故もしくは交通事故の場合)	届出年月日: 年 月 日	届出警察名:	警察署	交番	
	受理番号:	担当警察官:	届出人氏名:		
貨物の処置	<input type="checkbox"/> 修理・手直し <input type="checkbox"/> 値引販売・転売 <input type="checkbox"/> 廃棄 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (補足: 検品中)				
【保険金請求書類のご案内】 <input checked="" type="checkbox"/> 不要です <input type="checkbox"/> 送付を希望します。(<input type="checkbox"/> 契約者様宛 <input type="checkbox"/> 代理店宛 <input type="checkbox"/> 営業宛) <input checked="" type="checkbox"/> Email / <input type="checkbox"/> 代理店 MS1 メール: ebina@d-seiwa.co.jp kumagai@d-seiwa.co.jp <input type="checkbox"/> FAX : <input type="checkbox"/> 住所 : (代理店の皆様: 代理店MS1に掲載されている「保険金請求書類のご案内」もご利用いただけます)					三井住友海上使用欄 海損担当 受付印
【その他海損担当への連絡事項をご記入ください】					