

LPライフNEO 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』

保険種類 (該当に○)	基本補償	(イ)	(ロ)		
	回収・検査・廃棄費用補償	A	B	C	D
	地震危険担保特約条項	(イ)	(ロ)		

事業者	名称				販売所名		
	〒					担当者名	
	住所	都道府県	市区郡	町村			
	TEL						

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・充てん所・販売所・運搬中 その他 ()				
	事故LPガスの用途					

事故概要	<事故見取図>					
※損害を被ったLPガス機器ノ数量を明記ください。						

協会受付印	保険会社受付印

『ご連絡ありがとうございました』