

— F A X 送付先 —

東京海上日動火災保険株式会社 本店損害サービス第一部 火災新種損害サービス室 行

FAX 03-3515-7504 もしくは **03-3515-7508**

TEL 03-3515-7507 (受付：9:00～17:00 (土・日・祝日・年末年始除く))

20 年 月 日

弁理士職業賠償責任保険 事故報告書

東京海上日動火災保険株式会社 宛

住所	〒		
事務所名			
弁理士名		カナ	
TEL		FAX	

下記のとおり報告します。

1. 契約タイプ

加入者番号	
-------	--

2. 弁理士に対する賠償請求の内容

(1) 弁理士に対する賠償請求者について

請求者住所	〒		
名称または 個人名			
業種または 職業			
当該クライアントとの関与形態 (過去の実績もお知らせ下さい)			
関与を開始した年月	(昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 より関与を開始		
顧問契約書	有・無 (有の場合、コピーをお付けください。)		

(3) 賠償請求に対する見解・対応

先生のご見解

① 求内容の事実関係について

②賠償責任の有無について

③賠償請求額の妥当性について

④その他

請求者との交渉経緯（事故発覚から賠償請求、示談日までの経緯をご記載願います）

年 月 日
年 月 日
年 月 日
年 月 日
年 月 日

(4) その他の情報

再発防止に向けた具体的な今後の改善策・嘆願・その他の情報について
