

(新)

別紙様式第2-1

貿易一般保険申込書
(技術提供契約等)

年 月 日

独立行政法人日本貿易保険 御中

貿易一般保険約款及びこれに関する規定並びに※ 年 月 日付内諾番号 による内諾の内容を承認し、貿易一般保険包括保険 (技術提供契約等) 手続細則の規定に基づき、次のとおり貿易一般保険を申し込みます。
※内諾の手続を要しなかった案件については内諾番号及び日付は記入不要です。
本件の貿易一般保険を申し込むに当たっては、当社が知りうる限りにおいては、当社並びに当社の役員、従業員及び代理人が本件に関連して不正競争防止法 (平成5年法律第47号) に違反する贈賄行為にかかわっていないこと及び今後ともかかわらないことを誓約します。
また、当社並びに当社の役員、従業員及び代理人が不正競争防止法の贈賄に関する規定に違反した罪により起訴されていないこと及び過去5年間に有罪判決を受けていないことを確約します。

申込人

住所
企業名
代表者氏名 印
被保険者
住所
企業名
代表者氏名 印

保険金受取人

住所
企業名
代表者氏名 印

Table with columns for contract details, dates, amounts, and insurance terms. Includes sections for '技術提供契約又は仲介貿易契約' and '知的財産権等付保'.

(旧)

別紙様式第2-1

貿易一般保険申込書
(技術提供契約等)

年 月 日

独立行政法人日本貿易保険 御中

貿易一般保険約款及びこれに関する規定並びに※ 年 月 日付内諾番号 による内諾の内容を承認し、貿易一般保険包括保険 (技術提供契約等) 手続細則の規定に基づき、次のとおり貿易一般保険を申し込みます。
※内諾の手続を要しなかった案件については内諾番号及び日付は記入不要です。
本件の貿易一般保険を申し込むに当たっては、当社が知りうる限りにおいては、当社並びに当社の役員、従業員及び代理人が本件に関連して不正競争防止法 (平成5年法律第47号) に違反する贈賄行為にかかわっていないこと及び今後ともかかわらないことを誓約します。
また、当社並びに当社の役員、従業員及び代理人が不正競争防止法の贈賄に関する規定に違反した罪により起訴されていないこと及び過去5年間に有罪判決を受けていないことを確約します。

申込人

住所
企業名
代表者氏名 印
被保険者
住所
企業名
代表者氏名 印

保険金受取人

住所
企業名
代表者氏名 印

Table with columns for contract details, dates, amounts, and insurance terms. Includes sections for '技術提供契約又は仲介貿易契約' and '知的財産権等付保'.

貿易一般保険(プラント等増加費用)損失発生通知書

年 月 日

独立行政法人日本貿易保険 御中

被保険者
住所
氏名 印

貿易一般保険包括保険(技術提供契約等)手続細則の規定に基づき、下記のとおり通知します。

記

保険証券番号		
保険契約締結日	年 月 日	
技術等提供国(仕向国)		
技術等提供地(仕向地)		
対象工事の概要		
契約の相手方	(ハイヤーコード:)	所在国 (国コード:)
支払人	(ハイヤーコード:)	支払国 (国コード:)
対象工事が中断した日 (事故発生日)	年 月 日	
事故発生に至った経緯及び事故発生後の状況(できるだけ詳細に記載してください。)		
備考	(連絡先)	

貿易一般保険(プラント等増加費用)保険金請求書

提出日 年 月 日

独立行政法人日本貿易保険 御中

請求者
住所
氏名 印

¥ _____

上記請求金額の計算の内訳は、下記計算書のとおりです。

損失計算書

保険証券番号		事故発生日	年 月 日	
保険契約締結日	年 月 日	事故確定日	年 月 日	
被保険者 (注)	住所:	保険金額	¥ _____	
	氏名:	(保険金受領済額)	¥ _____	
		残額	¥ _____	
事故事由	(事故事由コード: _____)	損失等発生通知日	年 月 日	
てん補対象費用	支出額	支出額合計 (1)	支出額から控除すべき額 (特約第5条に定める金額) (2)	損失額 ((1) - (2))
(費目名)	¥ _____	¥ _____	¥ _____	¥ _____
(費目名)	¥ _____			
(費目名)	¥ _____			
(※費目が多数に 亘る場合は別紙に ご記載ください。)	¥ _____			
保険金請求金額(損失額の100分の97.5又は保険金額残額のいずれか小さい金額)				
¥ _____				
連絡先	担当部課名:			
	担当者名:			
	電話番号:			
振込先	銀行名:		本支店名:	
	預金種目: 普通・当座		口座番号:	
	口座名義:			

注:「被保険者」欄は、請求者と被保険者が異なる場合に記入して下さい。

NEXI記入欄 受理日: 年 月 日