

# SBSグループ保険(傷害・医療・所得・GLTD・介護) 事故報告用紙

該当箇所に記入または○をつけた上で、FAXまたはメールでお送りいただくようお願いいたします。

SBSファイナンス		FAX番号 03-6756-8542		Eメール ins@sbs-group.co.jp	
事故報告日	令和 年 月 日	報告者	氏名	加入者・その他( )	
加入者名			勤務先名		
加入コース (該当に○)	傷害・医療・所得補償・ GLTD(長期所得)・介護		連絡先	勤務先	—
			その他	—	—
事故対象者名	フリガナ	性別	生年月日・年令		職業
		男・女	S・H・R	年 月 日生	才
加入者との関係	本人・本人の配偶者・本人の同居の親族・本人の別居の未婚の子				
事故日時・ 入院開始日等	平成・令和	年	月	日	午前・午後 時ごろ
事故場所 (病気は記入不要)	(例) 東京都墨田区太平4-1-3 オリナスタワー前路上				
事故形態 (該当に○)	ケガ・病気・住宅外での携行品の事故・他人に損害を与えた事故・ホールインワン				
事故状況・ 入院状況等	(例1)上記日時場所にてつまづき右足首を捻挫した (例2)○月○日~○月○日まで大腸ポリープの手術で入院した				
ケガ・病気の部位 ・程度	(例1) 左大腿骨の骨折 (例2) 大腸ポリープ切除	治療状況	該当に○(複数選択可)		
			死亡・後遺障害・入院・手術・通院		
病院名	フリガナ	連絡先	— —		
携行品名 ※保険金お支払の 対象外の物は裏面参照		メーカー名・モデル名等	購入金額・購入年月		
損害の状況	該当に○	損害額・修理見積り金額等	届出警察(※盗難事故の場合)		
	破損・汚損・盗難	円			
損害を与えた 他人の氏名	フリガナ	連絡先	— —		
他人にケガを させた時	ケガの部位・程度	病院名	連絡先		
	部位( ) 入院・通院		— —		
他人の物に 損害を与えた時	損害を与えた物	メーカー名・モデル名等	損害の程度(該当に○)		
			修理可能・修理不能・不明		
	損害額・修理見積り金額等	修理先	連絡先		
	円		— —		