

聖医会会員医師総合補償制度「加入依頼書」

私は、聖医会会員・医師総合補償制度（勤務医賠償責任保険・所得補償保険）に加入したく、下記記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ依頼いたします。なお保険料はみずほファクター（株）により、聖医会口座からの引落としになることを承諾いたします。申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン日本興亜のホームページ（<http://www.sjnk.co.jp>）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

■所得補償保険について ■ 下記告知事項に相違ないことを確認し、所得補償保険を申し込みます。

申込日兼告知日	平成	年	月	日				
フリガナ				加入依頼兼告知印	性別	卒業回		
被保険者本人署名				(印)	男・女	回生		
生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳	専攻科目		
フリガナ								
〒 (-)								
住所								
	TEL (- -)							
勤務先名					所属			
勤務先住所	〒 (-)							
	TEL (- -)							

加入内容 補償開始日：平成 年 月 日

ご加入を希望するパターン（①～③）、所得補償加入タイプ（A～へ）に○をつけて下さい。保険料につきましてはパンフレットの保険料表をご参照の上、ご記入下さい。

① 「医師賠償責任保険」のみ加入希望
 医師賠償の加入タイプ I型(40,660円) II型(51,570円) 年払保険料 _____ 円

② 「所得補償保険+医師賠償責任保険」セットで加入希望（それぞれ加入タイプをご選択ください）
 ⇒ 所得補償の加入タイプ A B C D E F
 イ ロ ハ ニ ホ ヘ
 ⇒ 医師賠償の加入タイプ I型(40,660円) II型(51,570円)
 所得補償月払保険料 _____ 円 + 医師賠償年払保険料 _____ 円

③ 「所得補償保険」のみ加入希望
 所得補償の加入タイプ A B C D E F
 イ ロ ハ ニ ホ ヘ
 合計保険料 _____ 円
 月払保険料 _____ 円

■個人情報の取扱いについて

○ 保険契約者（団体）は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパン日本興亜に提供します。
 損保ジャパン日本興亜は、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、業務委託先、再保険会社、等に提供を行います。なお、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、保険業法施行規則により限定された目的以外の利用はしません。
 詳細につきましては、損保ジャパン日本興亜のホームページ（<http://www.sjnk.co.jp>）に掲載の個人情報保護宣言をご覧ください。か、取扱代理店または損保ジャパン日本興亜営業店までお問い合わせ願います。
 ○ 保険契約者（団体）は、本契約に関する個人情報を聖医会のデータ整備にも活用させていただきます。不同意の場合はお手数ですが、その旨ご連絡いただきますようお願い申し上げます。
 申込人（加入者）および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意の上ご加入ください。

※ 所得補償保険にご加入される方は、健康告知書のご記入・署名・捺印も必要となります。