

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。

申込日	平成	年	月	日	
フリガナ					性別
被保険者本人署名					男・女
生年月日	大・昭・平	年	月	日	
フリガナ					
〒（ - ）					
住所					TEL（ - - ）
勤務先名				所属	
勤務先住所	〒（ - ）				TEL（ - - ）

加入希望日：平成 年 月 日（※ 加入希望日まで下記振込先までご入金下さい。）

※ ご加入を希望するパターン（①～③）、所得補償加入タイプ（A～～）に○をつけて下さい。

① 「医師賠償責任保険」のみ加入希望（パンフレットP. 1～2をご覧ください。）

医師賠償の加入タイプ I型(40,660円) II型(51,570円)

② 「所得補償保険+医師賠償責任保険」セットで加入希望（パンフレットP. 1～4をご覧ください。）

⇒所得補償の加入タイプ A B C D E F
 イ ロ ハ ニ ホ ケ

⇒医師賠償の加入タイプ I型(40,660円) II型(51,570円)

③ 「所得補償保険」のみ加入希望（パンフレットP. 3～4をご覧ください。）

所得補償の加入タイプ A B C D E F
 イ ロ ハ ニ ホ ケ

【振込先】 みずほ銀行 向ヶ丘支店 普通口座 2370990 聖医会保険口

【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。
- 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。

- 取扱代理店 **聖友インシュアランスアンドリース株式会社**
〒216-0015 川崎市宮前区菅生2-21-5 TEL：044-975-4871 内）4254
- 引受保険会社 **損害保険ジャパン日本興亜株式会社 横浜支店営業一課**
〒231-0007 横浜市中区弁天通5-70 TEL：045-661-2713