

産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険

医師賠償責任保険で補償されない

医療行為以外に起因する事故を補償します！

労働安全衛生法が改正され、2015年12月1日より事業者に対して従業員数50名以上のすべての事業場において、年に1回ストレスチェックを実施することが義務付けられました。

ストレスチェック制度とは??

労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気づきを促したり、働きやすい職場づくりを進めることで、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止することを主な目的としたものです。



今後、産業医にとって労働者への面接指導や健康相談の機会等が増えることが想定されます！

YES

医療行為？

NO

医師賠償責任保険

医療行為に起因する患者の身体障害に対してのみ保険金をお支払いします。

産業医・学校医等

嘱託医活動賠償責任保険

医療行為以外の活動において不測の事故が発生し、損害賠償請求がなされたことで嘱託医が被る損害について、保険金をお支払いします！！



保険期間 2021年3月1日から2022年3月1日

1事故 1億円の補償 年間 3億円 保険料: 5,000円/年

本チラシは、概要の説明です。詳しい内容については、パンフレット(医師総合補償制度のご案内)をご覧ください。取扱代理店および損害保険ジャパン株式会社にお問い合わせください。

→ パンフレットはこちら

〈 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

〒214-0035 川崎市多摩区长沢2-20-31 MSビル2階

TEL 044-975-4871 FAX 044-975-4873(午前9時~午後5時まで)

〈 引受保険会社 〉

損害保険ジャパン株式会社 横浜支店営業第一課

〒231-0007 神奈川県横浜市中区弁天通5-70 5階

TEL 045-661-2713 FAX 045-201-7252(午前9時~午後5時まで)

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、登録口座から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、募集文書または損害保険ジャパンのホームページ (<https://www.sompo-japan.co.jp>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

| | | | |
|----------|-------------|-----|-------------|
| 申込日 | 年 月 日 | | |
| フリガナ | | | 性別 |
| 被保険者本人署名 | (旧姓:) | | 男・女 |
| 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 | 歳 | |
| フリガナ | | | |
| 〒 (-) | 住 所 | | TEL (- -) |
| 勤務先名 | | 所 属 | |
| 勤務先住所 | 〒 (-) | | TEL (- -) |

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

【振込先】みずほ銀行 向ヶ丘支店 普通口座 2370990 聖医会保険口

※ ご加入を希望する保険の種類 (① ~ ③)、加入タイプをすべてご選択下さい。

① 勤務医師賠償責任保険(パンフレットP. 1~2をご覧ください。)

⇒ 加入タイプ

I型(40,660円)

II型(51,570円)

② 所得補償保険(パンフレットP. 3~4をご覧ください。)

⇒ 加入タイプ

A

B

C

D

E

F

イ

ロ

ハ

ニ

ホ

ヘ

※ 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。

③ 産業医・学校医 嘱託医活動賠償責任保険(パンフレットP. 5~6をご覧ください。)

【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害保険ジャパンに提供します。
- ・損害保険ジャパンは、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、損害保険ジャパンのホームページ (<https://www.sompo-japan.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下さい。

●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

〒214-0035 川崎市多摩区長沢2-20-31 MSビル2階 TEL: 044-975-4871 FAX: 044-975-4873

●引受保険会社

損害保険ジャパン株式会社 横浜支店営業一課

〒231-0007 横浜市中区弁天通5-70 TEL: 045-661-2713