

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