

医師賠償責任保険 告知事項申告書兼ご質問書

東京海上日動火災保険株式会社 宛

記入日： 20 年 月 日

●証券番号： (記載不要)

●保険期間： 2023年10月1日 ~ 2024年10月1日

<記入上のご注意>

弊社の医師賠償責任保険契約をお申し込みいただくにあたり、本申告書に所定事項を記入してください。

本申告書は、普通保険約款第6条(告知義務)に規定する「保険契約申込書その他の書類」の一部に該当しますので、各項目のご記入は正確をお願いいたします。

☆印の付された項目は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。これらの項目のご申告内容に事実と異なる記載がある場合は、保険契約を解除し、解除前に発生した事故について保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

<契約締結後のご注意>

☆印の付された項目のご申告内容に変更が生じる場合は、遅滞なく、書面により弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合には、保険契約を解除し、解除前に発生した事故について保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

1. 被保険者となる方

☆①次のいずれに該当しますか。

<input type="radio"/>	a. 病院の開設者	<input type="radio"/>	b. 一般診療所の開設者
<input type="radio"/>	c. 歯科診療所の開設者	<input type="radio"/>	d. 介護老人保健施設の開設者

②上記でa. またはb. に該当する場合は日本医師会のA会員ですか。

<input type="radio"/>	日本医師会のA会員である。	<input type="radio"/>	日本医師会のA会員ではない。
-----------------------	---------------	-----------------------	----------------

※1. 日本医師会のA会員である場合には、「日本医師会医師賠償責任保険(※2)」の免責金額100万円までの支払限度額を設定した補償プランとなります。

※2. 「日本医師会医師賠償責任保険」に関するお問い合わせは、日本医師会ならびに各都道府県医師会の窓口へご連絡ください。

☆2. 開設者名と施設の名称


※複数の医療施設を保険契約の対象とする場合は、医療施設ごとに告知事項申告書が必要になります。医療施設ごとにご記入ください。

医療施設の開設者名
医療施設名



☆3. 許可病床数


※複数の医療施設を保険契約の対象とする場合は、医療施設ごとの許可病床数をご申告ください。

申告病床数は右の時点における実績数字です。  年 月 日 現在


医療施設の区分			
<input type="checkbox"/>	法人立	<input type="checkbox"/>	個人立

医療施設の種類		許可病床数	
<input type="checkbox"/>	病院	一般病床 <input type="text"/> 床	精神病床 <input type="text"/> 床
		療養病床 <input type="text"/> 床	結核・感染症病床 <input type="text"/> 床
<input type="checkbox"/>	一般診療所	<input type="text"/> 床 (無床の場合は、「0」とご記入ください。)	
<input type="checkbox"/>	歯科診療所	病床数のご申告は不要です。	
	介護老人保健施設		

上記内容は、事実に相違ありません。

被保険者名 : _____ 

【記名押印欄ご記入例】

被保険者名 : 医療法人 東海日動会 理事長 ○○○○ 

被保険者となる、医療施設の開設者名をご記入ください。
(記名押印またはご署名となります。)

