

東京海上日動火災保険株式会社 宛

医師賠償責任保険 告知事項申告書

●証券番号：

●保険期間： 2017年10月1日午後4時 ～2018年10月1日午後4時

＜ご記入のご注意＞

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にお願いいたします。☆印の付された項目は、ご契約に関する重要な事項(告知・通知事項)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、引受保険会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

<input checked="" type="radio"/>	病院・一般診療所・歯科診療所の開設者	→	本保険契約の対象とする医療施設について、2. 施設名・開設者名 および 3. 許可病床数を記入してください。
<input type="radio"/>	勤務医師	→	ご質問は以上で終了です。

※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となります。医療施設ごとにご記入ください。

☆2. 施設名・開設者名

医療施設名	
医療施設の開設者名	

☆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には、医療施設ごとにご申告下さい。

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

医療施設の種類 (○を付けてください)	許可病床数 (注)稼動病床数ではありません。
<input type="radio"/> 法人立病院	一般病床 <input type="text"/> 床 精神病床 <input type="text"/> 床
<input type="radio"/> 個人立病院	療養病床 <input type="text"/> 床 結核・感染症病床 <input type="text"/> 床
<input checked="" type="radio"/> 法人立一般診療所	<input type="text" value="0"/> 床
<input type="radio"/> 個人立一般診療所	
<input type="radio"/> 法人立歯科診療所	病床数のご申告は不要です
<input type="radio"/> 個人立歯科診療所	

上記内容は、事実と相違ありません。

被保険者名：

役職名：

代表者名：

※ []の中をご確認・ご記入ください。

年 月 日

記入例

東京海上日動火災保険株式会社 宛

医師賠償責任保険 告知事項申告書

●証券番号 :

●保険期間 : 2017年10月1日午後4時 ~ 2018年10月1日午後4時

<ご記入のご注意>

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にお願いいたします。☆印の付された項目は、ご契約に関する重要な事項(告知・通知事項)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。

<ご加入後のご注意>

☆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、書面により引受保険会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

<input checked="" type="radio"/>	病院・ <u>一般診療所</u> ・ <u>歯科診療所</u> の開設者	本保険契約の対象とする医療施設について、2. 施設名・開設者名 および 3. 許可病床数を記入してください。
<input type="radio"/>	勤務医師	一般診療所以外に該当する場合は、取扱代理店へご連絡ください。

☆2. 施設名・開設者名

医療施設名	特別養護老人ホームしあわせ
医療施設の開設者名	社会福祉法人〇〇会 理事長 山田太郎

☆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には、医療施設ごとにご申告下さい。

申告病床数は右の時点における実績数字です。

2017年8月31日現在

医療施設の種類 (○を付けてください)		許可病床数	
<input type="radio"/>	法人立病院	一般病床	床
<input type="radio"/>	個人立病院	療養病床	床
<input checked="" type="radio"/>	法人立一般診療所		0 床
<input type="radio"/>	個人立一般診療所		床
<input type="radio"/>	法人立歯科診療所		床
<input type="radio"/>	個人立歯科診療所		床

法人立でない場合には、「個人立一般診療所」に○を付け直し、法人立の○の上に訂正印をご捺印ください。

有床診療所に該当する場合は、取扱代理店へご連絡ください。本保険は0床の診療所が対象です。

病床数のご申告は不要です

上記内容は、事実と相違ありません

被保険者名:
役職名:
代表者名:

社会福祉法人 〇〇会
理事長 山田 太郎

印

印