

告知事項の申告書

ご加入の保険につきご記入下さい。

①施設損害賠償責任保険 ②借用不動産賠償責任 ③医療事故賠償責任保険 ④エレベーター賠償責任保険 ⑥従事者向け感染症補償保険 ⑧-I, IIサービス利用者傷害見舞金補償保険(レジャー・サービス施設費用保険、約定履行費用保険) ⑩施設現金等総合保険、身元信用保険にご加入の方は以下告知事項の記入をお願いします。

★★賠償責任保険(上記①～④の保険)		★約定履行費用保険(上記⑥、⑧-II(A・Bコース) ★レジャー・サービス施設費用保険(上記⑧-Iの保険)		★動産総合保険(上記⑩の保険)		★身元信用保険(上記⑩の保険)		
1.本保険の補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか。(過去に東京海上日動と締結した保険契約の申込時において、すでに告知いただいたものを除きます。)	はい いいえ	レジャーサービス施設費用保険・約定履行費用保険について他の保険契約または共済契約の有無		1.過去において同種の保険契約等の引受を拒絶されたことがありますか。	はい いいえ	1.過去において同種の保険契約等の引受を拒絶されたことがありますか。	はい いいえ	
2.本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか。(過去に東京海上日動と締結した保険契約の申込時において、すでに告知いただいたものを除きます。)	はい いいえ				2.過去3年以内に同種の保険契約等の保険金・共済金(10万円以上)を請求または受領したことはありますか。	はい いいえ	2.過去3年以内に同種の保険契約等の保険金を請求または受領したことがありますか。	はい いいえ
3.上記1.または2.のいずれかが「はい」の場合は、損害賠償請求およびその原因となる事実についての具体的な内容をご記入下さい。					3.上記2が「はい」の場合は、その具体的な内容をご記入下さい。 会社名 回数 合計額		3.同一被保証人にかかる他の同種の保険契約等の有無	
他の保険契約または共済契約の有無				他の保険契約または共済契約の有無				
会社名:	あり なし	会社名:	あり なし	会社名:	あり なし	会社名	満期日	支払い限度額
満期日:		満期日:		満期日:				
保険等の種類:		保険等の種類:		保険等の種類:		[同種の保険契約等]とは「身元信用保険」、「金融機関包括補償保険第2章補償条項5節信用補償条項」等の他の保険契約または共済契約をいいます。		
支払限度額:		保険金額(支払限度額):		保険金額:				

「③医療事故賠償責任保険」にご加入の場合は、別途「医師賠償責任保険告知事項申告書」のご提出も必要となります。

⑤従事者傷害保険 ⑦施設利用者傷害保険 ⑧-2サービス利用者傷害見舞金補償保険IIタイプCコース(総合生活保険(傷害補償))⑨送迎中自動車傷害保険 にご加入の方で、表面の「他の保険契約等」が「あり」の場合は以下告知事項の記入をお願いします。

他の保険契約等(※) **具体的な内容をご記入ください。**

被保険者名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額)(万円)

(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して、支払責任が同じである他の保険契約または、共済契約をいいます。

施設Y

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： 2016年10月1日午後4時 ～2017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：

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：	2016年10月1日午後4時 ～2017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。 ➡ 2016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	<input type="text" value=""/> 床
<input type="radio"/> 個人立病院	療養病床	<input type="text" value=""/> 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="text" value=""/> 床
<input type="radio"/> 法人立歯科診療所		<input type="text" value=""/> 床
<input type="radio"/> 個人立歯科診療所		<input type="text" value=""/> 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

