「福祉専門職保険」 保険契約申込書(個人契約用)

ご契約時の同意内容について

私(=被保険者)は、①パンフレットに記載の「補償内容」、「重要事項説明書」、並びに「個人情報の取り扱いに関するご案内」②本商品が希望に沿った商品であることについて確認・同意のうえ、保険契約を申し込みます。

※太枠に必要事項をご記入ください

申込日(ご記入日)	西暦	年	月	日
フリガナ				
▲申込人(被保険者)氏名	署名(自署)			
▲申込人(被保険者)住所・電話	〒	<input type="text"/>	自宅・携帯	TEL(<input type="text"/> - <input type="text"/>)
メールアドレス	@			
△勤務先名	TEL(<input type="text"/> - <input type="text"/>)			
△職業・職務	証券に記載される職種を1つ選択	☐ 介護福祉士	☐ 社会福祉士	☐ 精神保健福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 福祉系業務に従事するその他の医療・福祉系専門資格()
日中の連絡先	いずれかに ☒ を入れてください	☐ 上記勤務先	☐ 上記自宅・携帯	☐ 上記メールアドレス

▲または△が付された事項は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。告知していただいた内容が事実と違っていた場合または告知しただけなかった場合は告知義務違反としてご契約が解除されることがありますのでご注意ください。△が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅延なく取扱代理店または弊社までご連絡ください。

■契約内容

保険期間	* 下線部にご記入ください 西暦 _____ 年 ____ 月 1 日午後4時~1年後の同日午後4時まで (1年間)
年間保険料	2,400円
申込書類締切日	契約月の前月25日必着 ※申込書類締切日(契約月の前月25日(土日祝日の場合は翌営業日))を過ぎて書類が到着した場合は、申込書記載月の翌月1日~1年間とさせていただきます。

■保険料の支払い方式: 座振替方式

■補償項目と保険金額

	補償項目	保険金額
職業賠償責任保険(医療・福祉専門職特約付帯)	① 対人事故、人格権侵害、個人情報漏えい、第三者への経済的損失 ② 対物事故、受託物の損壊・紛失・盗取・詐取	800万円 (ただし、左記②は20万円限度)
トラブル解決費用特約	トラブル解決のための弁護士等の相談費用等	10万円
感染症検査費用特約	業務中の感染事故による検査費用	2万円限度
感染症保険	死亡	60万円
	入院、通院・自宅待機	日数に応じて7千円~5万円*

*「新型コロナウイルス感染症」罹患時の通院・自宅待機見舞金は、不担保です。