

「福祉専門職保険」保険契約申込書(法人契約用)

当施設の職員のうち別添の名簿に記載の者を被保険者として、貴社の「福祉専門職保険」保険契約を申し込みます。なお、申込みに当たっては、以下の点について確認いたしました。

- ・パンフレットに記載の「補償内容」並びに「重要事項説明書」
- ・別添の被保険者についての告知事項
- ・本商品が希望に沿った商品であること
- ・個人情報の取り扱い

【申込人についての記入欄】(太枠内にご記入ください)

申込日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

△ 法人名 ※個人事業主の場合は施設名	(フリガナ)		
法人の代表者 役職・氏名 ※個人事業主の場合は事業主名	役職名:	氏 名:	印
法人の住所・電話 〒 _____ ※個人事業主の場合は事業主の住所	TEL(_____ - _____)		
ご契約に関する 書類送付・ご連絡先等	送付先 住所・施設名 〒 _____	<input type="checkbox"/> 送付先は法人の住所と同じ TEL(_____ - _____ (内線 _____))	
	フリガナ 担当者氏名	部 署 名	

【被保険者(補償の対象となる方)についての記入欄】(太枠内にご記入ください)

被保険者の人数	_____ 人	被保険者名簿	別添の通り ※同封の名簿項目を満たしていれば、独自書式も可
---------	---------	--------	-------------------------------

△が付された事項に内容の変更が生じた場合には、取扱代理店(株)メディックプランニングオフィスまたは弊社までご連絡ください。

【契約内容】(太枠内にご記入、ご選択ください)

保険期間	* いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、中途契約の場合は下線部にご記入ください <input type="checkbox"/> 年間契約:2020年3月31日午後4時～2021年3月31日午後4時 <input type="checkbox"/> 中途契約:西暦 _____ 年 _____ 月1日午前0時～2021年3月31日午後4時
年間保険料	1名当たり 2,400円
契約保険料	1名当たり _____ 円 × _____ 人 = _____ 円
保険料のお支払い方法	<input type="checkbox"/> 口座振替 → 口座振替依頼書の提出が必要です。 <input type="checkbox"/> 銀行振込 → 請求書に基づいてお振り込みください。

【補償項目と保険金額】

補償項目	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)
SNS等トラブル解決費用特約	トラブル解決のための費用	10万円
感染症保険	死亡	100万円
	入院・通院・自宅待機	1～10万円
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