

日本神経学会 産業医等活動保険 加入依頼書

「ご加入時の確認事項」： 私は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

①私が保険契約者である企業または団体の構成員であること。②裏面の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容。

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。ご加入後に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合は、遅滞なく取扱保険代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は、ご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。

加入依頼日	平成	年	月	日	
☆ 加入者氏名 (被保険者)	フリガナ <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div> ご加入時の確認事項確認印兼用				
加入者 住所	フリガナ 〒 - TEL ()				

勤務先名称	フリガナ 病院				
勤務先 住所	フリガナ 〒 - TEL ()				
メールアドレス	@	会員番号			

ご希望の お取扱い	新規加入	中途加入			
保険期間	平成29年12月1日午後4時～平成30年12月1日午後4時				
中途加入日(補償開始日)(*1)	平成	年	月	1	日

(*1) 中途加入の場合のみご記載ください。
ご注意：日本医師会A会員の先生はご加入いただけません。

告知事項申告書 <small>どちらかに○をお付け下さい</small>	本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に1損害賠償請求を受けたことがありますか(過去に引受保険★会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> はい いいえ </div>	★他の保険契約等 (※共済契約を含みます)	あり	会社名	保険等の種類
	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(過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> はい いいえ </div>		なし	満期日	支払限度額(保険金額)
	上記1.2.のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入 ()				

<個人情報の取扱いに関するご案内>

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑤の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>) をご参照ください。