

团体 歯科医師賠償責任保険

一般社団法人 日本老年歯科医学会 御中

重要 もれなくご記入のうえ、郵送でご提出ください。

私は、**団体** 歯科医師賠償責任保険 に ☒ 新規・☒ 継続 加入いたします。

- ・（取扱代理店のホームページからパンフレットをダウンロードする場合）私は、加入勧奨時に通知・配布された説明資料等に記載のURL・二次元コードにより重要事項説明書の交付を受けることを承諾のうえ、ダウンロードを行い、商品内容が自身の意向に合致していることを確認しました。また、記載の重要事項「契約概要」「注意喚起情報」を含む）について了承のうえ、以下のとおり加入を申込みます。
- ・私はパンフレットまたは引受保険会社の公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。
- ※ご提出いただいた情報は、保険契約のお申込にのみ利用させていただきます。学会の会員情報を変更する場合は、学会事務局までご連絡ください。

重要 ご本人確認のため申込内容に変更がない場合も毎年ご署名またはご記名・ご捺印のうえ、ご提出ください。

申込日 2 0 年 月 日

加入者		学会員番号 (右詰で記載をお願いします。)																											
加入者	住所	〒		-		電話番号							-			-									生年月日				
		フリガナ																				☒ 大 ☒ 3昭 ☒ 4平 ☒ 5令 年 月 日生							
	加入者名	フリガナ																				性別				☒ 男		☒ 女	
																						他の保険契約の有無（注）				☒ 有 → 保険会社：			
																						☒ 無 保険金額：							
被保険者	※加入者と同じ場合は、ご記入不要です。 <被保険者の範囲>会員の配偶者・会員が開業する医院の勤務医師の方																												
	住所	フリガナ																				生年月日							
																						☒ 大 ☒ 3昭 ☒ 4平 ☒ 5令 年 月 日生							
																						性別				☒ 男		☒ 女	
	住所	〒		-		電話番号							-			-													
フリガナ																													
勤務病院・ 医院もしくは 医療施設欄	名称	※医療法人の場合は、名称欄に医療法人名からご記入ください。																						経営形態					
		フリガナ																						☒ 法 人					
																								☒ 個 人					
	住所	〒		-		電話番号							-			-										☒ 一人法人			
		フリガナ																										☒ その他	

契約型	☒ 勤務医	☒ 開設者	保険料				円
-----	---	---	-----	--	--	--	---

■保険料のお支払い方法

☒ 銀行振込	振込日		月		日	振込手続銀行	銀行	支店
--	-----	--	---	--	---	--------	----	----

※中途加入される場合、加入月により保険料が異なります。詳細はパンフレットをご確認ください。

保険料 振込先	みずほ銀行 駒込支店 普通預金口座	加入依頼書 ご提出先・問い合わせ先	取扱代理店 損保ジャパンパートナーズ株式会社 団体職域第二部 〒163-0417 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビルディング17 階 TEL 03-6279-0654 (受付時間 平日9 時～ 17 時)
	□ 座 番 号 1329121 □ 座 名 義 人 日本老年歯科医学会 医師賠償責任保険口		

(注)「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部について支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。傷害保険の場合、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、こ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。