A票

※東京大学医学部鉄門倶楽部の会員のみご加入頂けます。

東京大学医学部鉄門倶楽部　御中
（返送先：同封の返信用封筒で本紙をご返送ください。）

団体保険　加入依頼書兼告知書

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。

【新規加入時の場合】
- 提出締切日：2025年1月10日（金）
- 保険期間：2025年3月1日午後4時から2026年3月1日午後4時まで

【中途加入の場合】
- 提出締切日：毎月20日
- 補償期間：翌月1日午前0時から2026年3月1日午後4時まで

【お手続き区分】

新規加入　中途加入　変　更　脱　退　口座変更

※「保険料振替口座のみ変更」の場合も、ご提出が必要です。
※現在の加入内容に変更がない場合は、提出不要です。

卒業年および出身所属	卒業年	年			鉄門倶楽部会員番号		不明な場合は以下に〇
	出身所属	東京大学医学部医学科卒	PhD・MDコース	規約第5条による会員			会員番号不明
ご記入日（加入依頼日）	年　月　日				中途加入補償開始日	年　月　1　日	
ご住所	カナ	〒					
	漢字	〒					
連絡先	電話番号				mail		
加入者	カナ						
	漢字	私は後記「ご加入時の同意内容について」を確認し、契約者である企業・団体に対して加入（変更・更新しない等）を依頼します。 （個人　フルネームで自署をお願いします。）					
性別	男　女		生年月日（和暦）	昭和・平成　年　月　日		職業・職種	

ご加入時の同意内容について：私と被保険者全員は、下記記載事項および①私が契約者である団体の構成員であること、②重要事項説明書の内容（除く医師賠）、③重要事項説明書添付の【ご加入内容確認事項】の内容（除く医師賠）、④裏面の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容、⑤本加入依頼書の記載事項は事実と相違なく、本加入依頼書をもって、保険料算出基礎数字を申告すること⑥申告内容が誤っていた場合、後日、保険料の追加支払は必要となる場合や保険金が支払われない場合があること、⑦「告知の大切さに関するご案内」の内容、について確認・同意の上、加入を依頼します。また、保険料算出のために必要となる事項を以下のとおり申告し、これに基づいて保険料を出すことに同意します。

★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。これらの表示が事実と異なる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。また、☆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、お支払いする保険金が削除されることや、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ので、ご注意ください。

右ページへ　B票

B票

保険の対象となる方ご本人（被保険者本人）

保険の対象となる方（被保険者）	☐ ご加入者と同じ（異なる場合のみ下記へご記入ください。）			
	氏　名	カナ	★生年月日	★性別
		漢字	年　月　日	男・女
	住　所	カナ〒	☆職業・職務	☆所得補償基本級別（※1）
		漢字〒		級

勤務先	名称・所属	
	住　所	〒

※1　勤務医師の方は1級とご記入ください。それ以外の方は東京海上日動あんしんコンサルティングまでご連絡ください。

※ご希望のタイプに〇印と保険料、団体長期障害所得補償・所得補償は契約口数もあわせてご記入ください。

	タイプ（※1）	一時払保険料	★他の保険契約等（※2）
■ 医師賠償責任保険（勤務医） ＊裏面左頁"告知事項申告書"欄（C票）をご記入ください。	1億円型（Z1）	円	あり・なし
	2億円型（Z2）	円	
	A会員（Z3）	円	

（勤務医師／1級）　※3

	タイプ（※1）	契約口数	月払保険料	★他の保険契約等（※2）
■ 団体長期障害所得補償 ＊裏面右頁"健康状態告知書"欄（D票）をご記入ください。	短期充実プラン（A・C）	□	円	あり・なし
	長期安心プラン（B・D）	□	円	

（勤務医師／1級）　※3

	タイプ（※1）	契約口数	月払保険料	★他の保険契約等（※2）
■ 所得補償 ＊裏面右頁"健康状態告知書"欄（D票）をご記入ください。	従来型（AS）	□	円	あり・なし
	入院免責0円型（BS）	□	円	

※1　希望タイプに〇印をつけてください。
※2　「あり」の場合は裏面左頁に詳細をご記入ください。
※3　勤務医師以外の方は東京海上日動あんしんコンサルティングまでご連絡ください。

裏面へ　C票　D票

（D票は団体長期障害所得補償・所得補償ご加入のみ）

C票

告知事項申告書（医師賠償責任保険）						
★ 1.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、既に告知いただいたものを除きます。)	はい	いいえ	★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
				なし	満期日	保険金額(支払限度額)
★ 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既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、既に告知をいただいたものを除きます。)	はい	いいえ				
☆ 3. 日本医師会のA会員ですか。	はい	いいえ				
☆ 4. 現在病院・診療所を開設していますか？また2025年3月1日までに病院・診療所を開設する予定がありますか。	はい	いいえ				
上記1、2、3のいずれかが「はい」の場合、その具体的な内容を記入						

他の保険契約等(＊)具体的な内容をご記入下さい。

(＊)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。
他の保険契約がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動社にて保険のお引受けができない場合があります。

被保険者氏名	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(万円) (ご契約金額)

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⑥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、国内外の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
⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等(過去の情報を含みます。)をご契約者およびご加入者に対して提供すること

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(www.tokiomarine-nichido.co.jp)　をご参照ください。

D票

★健康状態告知書

団体長期障害所得補償・所得補償

新たにご加入される場合、または更新にあたり補償内容をアップされる場合には、健康状態の告知が必要です。

パンフレット記載の「告知の大切さに関するご案内」をご確認のうえ、ご回答・ご署名ください。

質問①

●告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中、または入院か手術をすすめられていますか？

あり　なし

質問②

●告知日(ご記入日)より過去1年以内に病気で、継続して10日以上の入院をしたことがありますか？

あり　なし

質問③

●告知日(ご記入日)より過去２年以内に

・「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気(アルコール・薬物依存を含む)」と医師に診断されたことがありますか。

・「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気(アルコール・薬物依存を含む)」のため、医師から検査(注1)、治療(投薬の指示を含みます)を受けるように指導されたことがありますか。

(注1)検査結果が異常なしだった場合は、「なし」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は、「あり」となります。

※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

がん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頚部の高度異形成

質問①～③の中で1つでも「あり」がある場合、申し訳ございませんが、お引受けできません。

1つ以上あり　全てなし

お引受けできます。
回答をご記入のうえ、ご署名ください。

更新の方で右記ア～エに該当する場合、(特定疾病等不担保特約が付帯されている場合)、補償対象外となる病気、症状(＊1)は、表のとおりです。

補償対象外となる病気・症状(＊1)
ア. 脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓)、狭心症、心筋梗塞、不整脈(＊2)、心室細動、心不全、心筋炎、心肥大、弁膜症、動脈瘤、動脈の閉塞・狭窄
イ. 白内障、緑内障(告知いただいた内容が片眼だけの場合でも、両眼が補償対象外となります。)
ウ. 脊椎分離症、脊椎すべり症、椎間板ヘルニア、むちうち症
エ. 前立腺肥大、前立腺炎、前立腺がん、子宮筋腫

(＊1)主治医が上記記載の病気・症状と医学的に同一であると診断した病気・症状に関しては、補償の対象外となりますのでご注意ください。
(＊2)心房細動は補償の対象となります。

健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容について確認・同意します。

告知日(ご記入日)	西暦　　年　　月　　日
被保険者本人(自著)	

2024年10月作成 24T-001255