

# 個人情報漏えい保険 見積依頼書

このたびはお見積りのご用命をいただき、誠にありがとうございます。

お見積りを作成するにあたり、以下の内容にご記入くださいますようお願い申し上げます。

ご記入いただきましたご住所、またはFAX番号あてに御見積書をお送りさせていただきます。

全老健 正会員番号		連絡先
施設名		<input type="checkbox"/>
法人名		<input type="checkbox"/>

ご担当者様 連絡先	ご担当者役職	ご担当者氏名
	〒 - 〇〇〇〇 ご住所	
	TEL / FAX TEL:	FAX:

◆2020年度保険料算出にあたっての基礎数字 貴法人で運営している項目のみご記入ください。			
病院 ※病床数	一般病床		床
	その他病床		床
診療所 ※診療所数	有床の診療所		施設
	無床の診療所	施設	
上記以外の 施設・事業所 (老健施設・ 居宅事業所など) ※売上高	直近会計年度	年 月 日 から 年 月 日	
	売上高	千円	
	※病院と診療所の売上を差し引いた売上高		

◆ご希望プラン・オプション ※ご希望のプラン・オプションに○をお付け下さい。			
プラン	タイプ	賠償責任部分	費用損害部分
	○ A	3,000万円	300万円
	○ B	5,000万円	500万円
	○ C	1億円	1,000万円
+		オプション	① e-リスク担保特約条項
			② カラットカード番号等漏えい危険担保特約条項
			③ 法人情報漏えい担保特約条項

全老健共済会FAX03-5425-6901までお送りください

