

サイバーリスク保険見積依頼書

<情報漏えい損害補償制度>

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
	〒	-
	ご住所	
TEL / FAX TEL:		FAX:

◆2024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 *878 床	
	その他病床 *879 床	
診療所 ※診療所数	有床の診療所 *880 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 *881	年 月 日
		年 月 日
	売上高 *871	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。 ★補償拡充タイプの詳細はパンフP.4をご確認下さい。						
プラン		賠償責任担保部分		費用損害担保部分		←共済会おすすめプラン
	タイプ	支払限度額	免責金額	支払限度額	免責金額	
	補償拡充	1億円	10万円	3,000万円	なし	
	A	3,000万円	10万円	300万円	なし	
	B	5,000万円	10万円	500万円	なし	
C	1億円	10万円	1,000万円	なし		

全老健共済会FAX03-5425-6901までお送りください

