

(株)メディックプランニングオフィス 行き

## 「衛生検査所賠償責任保険」見積り依頼

## ■基本情報

ご記入日: 20 年 月 日

会社名	
ご住所	〒
フリガナ	
ご担当者氏名	
電話番号	TEL: 内線

## ■売上高と補償開始日

会社全体の売上に対する検査業務の売上割合	<input type="checkbox"/> 全体の7割以上 <input type="checkbox"/> 全体の7割未満→ 約____割
最終期の年間売上高 (検査業務のみ)	_____千円
希望する保険の始期	西暦____年__月1日

## ■補償限度額の設定

売上高から適切なプランの提案希望 → 下欄の記入は不要です。

下欄の条件で見積り希望 → 下欄をすべて埋めてください(チェック&数字記入)

基本補償	<input type="checkbox"/> Aプラン <input type="checkbox"/> Bプラン <input type="checkbox"/> Cプラン (パンフレット p5 参照)
経済損害補償特約	<input type="checkbox"/> 必要 → 1 事故・保険期間中 100 万円(免責金額なし) <input type="checkbox"/> 不要
施設危険担保特約※	<input type="checkbox"/> 必要 → 1 事故__億__千円(免責金額なし)※ <input type="checkbox"/> 不要
情報漏えい 危険担保特約※	<input type="checkbox"/> 必要 → 1 請求・保険期間中__億__千円(免責金額なし)※ <input type="checkbox"/> 不要
訴訟対応費用 担保特約	<input type="checkbox"/> 必要 → 1 事故 1 千円(免責金額なし) <input type="checkbox"/> 不要
初期対応費用 担保特約	<input type="checkbox"/> 必要 → 1 事故 <input type="checkbox"/> 300 万円 <input type="checkbox"/> 500 万円(免責金額なし) <input type="checkbox"/> 不要

※1 千万円以上 3 億円以下で指定してください。

☆複数の条件指定をご希望の場合は、お手数ですがコピーをとって、複数ご指定ください。

☆見積り依頼のFAXを頂きましたら、(株)メディックプランニングオフィスからお見積書を郵送いたします。