

(一社)全国中小企業勤労者福祉サービスセンター(略称:全福センター)会員の皆様へ

「全福ネット入院あんしん保険」のお知らせ

正式名称: 団体総合生活保険(医療補償基本特約)

**約28%の割引
が適用されます!**

一時払保険料例 団体契約なので掛金(保険料)が割安

団体保険契約期間: 平成29年6月1日午前0時~平成30年6月1日午後4時まで

中途で毎月加入することができます。中途加入受付期間は平成30年1月末(平成30年3月1日加入)までとなります。保険料については、募集代理店または幹事代理店までお問い合わせください。

加入年齢: 満5歳~満70歳まで(平成29年6月1日時点の満年齢)

年齢 平成29年6月1日時点 での満年齢となります。	入院保険金 日額	H3タイプ	H5タイプ	H10タイプ
		3,000円型	5,000円型	10,000円型
(一部抜粋例)	20~24歳	4,570円 月換算で 約381円	7,510円 月換算で 約626円	15,020円 月換算で 約1,252円
	30~34歳	5,150円 月換算で 約429円	8,450円 月換算で 約704円	16,900円 月換算で 約1,408円
	40~44歳	5,900円 月換算で 約492円	9,670円 月換算で 約806円	19,320円 月換算で 約1,610円
	50~54歳	9,370円 月換算で 約781円	15,340円 月換算で 約1,278円	30,660円 月換算で 約2,555円

えっ! 年額

特長

- 会員だけが加入できる団体契約、年1回払い、団体割引等適用なので掛金が割安です。
- 補償の対象となる方は、会員本人だけではなく、ご家族等も加入できます。
- 健康状態の告知のみで加入できます。(医師の診査は不要)
- 法人を加入者(被保険者を役員・従業員)とすることもできます。
- 親の介護が必要になったときに、保険金(一時金)をお支払いします。
- 東京海上日動メディカルアシスト(医療相談サービス)の利用ができます。

オプション



詳細は
下記募集代理店までお電話
または

全福センター保険

補償内容

1. 病気・ケガで1日以上入院されたとき (1回の入院(注1)について60日を限度とします。)
2. 病気・ケガにより手術(注2)を受けられたとき
3. 退院後、通院されたとき (病気やケガで入院し、退院後に退院日の翌日から180日以内に通院したときに保険金をお支払いします。1回の入院後の通院について90日を限度とします。)
4. 所定の先進医療(注3)による療養を受けられたとき

(注1) 「1回の入院」とは次のいずれかに該当する入院をいいます。

・入院を開始してから退院するまでの継続した入院

・退院後、その日を含めて180日を経過した日までに再入院した場合で、その再入院が前の入院の原因となった病気やケガ(医学上重要な関係がある病気やケガを含みます)によるものであるときは、再入院と前の入院を合わせた入院

(注2) 傷の処置、切開術(皮膚、鼓膜)、抜歯等お支払いの対象外の手術や、お支払い回数に制限がある手術があります。

(注3) 「先進医療」とは、公的医療保険制度に定められる評価療養のうち、厚生労働大臣が定める先進医療(先進医療ごとに厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所において行われるもの)に限ります。(※) なお、療養を受けた日現在、公的医療保険制度の給付対象になっている療養は先進医療とはみなされません。(保険期間中に対象となる先進医療は変動します。)

(※) 詳細については厚生労働省のホームページをご参照ください。

・このご案内は団体総合生活保険(医療補償基本特約)の概要について説明したものです。ご加入にあたっては、必ず「重要事項説明書」をよくお読みください。

・保険の内容は団体総合生活保険(医療補償基本特約)のパンフレットをご覧ください。詳細についてご不明な点は下記募集代理店または引受保険会社にお問い合わせください。

【資料請求・お問い合わせ先】 この保険契約は全福センターを保険契約者とし、全福センターの会員等を被保険者とする団体総合生活保険(医療補償基本特約)団体契約です。

〈募集代理店〉

株式会社東海日動パートナーズTOKIO 西東京支店
TEL 042-548-2441 FAX 042-548-2451

〈幹事代理店〉

株式会社全福サポートサービス
「全福ネット入院あんしん保険相談デスク」
フリーダイヤル: 0120-055-512
(土日祝日を除く9:30~17:00)

資料のご請求は下記にご記入の上FAXにてお送りください。

FAX **03-3434-7272**

〈幹事代理店〉株式会社全福サポートサービス

「全福ネット入院あんしん保険」パンフレットを請求します。

資料請求申込書

所属サービス センター名			
会員氏名		会員番号	
送付先住所 (会社・自宅)	〒 —		
T E L (日中連絡先)			

【ご希望内容】

<input type="checkbox"/> 資料希望 パンフレット (部)	
<input type="checkbox"/> 申込書類希望 パンフレット (部)	加入依頼書 (部)
口座振替依頼書 (部)	個人情報提供の同意書 (部)
<input type="checkbox"/> 代理店からの電話希望 (連絡可能時間⇒ 日中連絡先番号 (— — ~))	
<input type="checkbox"/> その他	

※上記にご記入いただいた個人情報については、東京海上日動(以下「弊社」といいます)および東京海上グループ各社が取扱う保険商品等の各種商品・サービスのご提供・ご案内をするために利用させていただくことがあります。東京海上グループ各社の範囲、弊社(および東京海上グループ各社)における個人情報の取扱い等については、弊社ホームページ (<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。