

募集代理店

ALSOK 保険サービス株式会社

アフラック がん保険・医療保険のご案内

時下ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

このたび、「生きるためのがん保険Days1 ALL-in」と「医療保険 EVER Prime」をご案内いたします。この機会に、がん保険と医療保険をいっしょに備えることをおすすめしますので、ぜひ、ご検討ください。

※記載の商品説明は募集代理店によるものです。商品内容などのお問い合わせは募集代理店までお願いいたします。

がん治療を幅広くまとめて保障するがん保険

おすすめのポイント

- 1 多様化するがん治療をまとめて保障します。
また、長期にわたる治療費もしっかりと保障します。
三大治療（手術、放射線治療、抗がん剤・ホルモン剤治療）や緩和療養など、がん治療は多様化しています。また、抗がん剤・ホルモン剤治療は長期化することもあります。
- 2 入院時の差額ベッド代や病院までの交通費などの治療関連費も保障します。
治療関連費の経済的負担を気にすることなく、治療に専念することができます。

「生きるためのがん保険Days1 ALL-in」は、がんに関する治療費に加え、治療関連費も幅広くまとめて保障する保険です（所定の支払事由に該当する必要があります）。



ライフステージの変化に合わせて、その時々で必要な保障を変えられるため、ムダなく最適な保障を備えられる医療保険

おすすめのポイント

「健康祝金ありプラン」に「三大疾病一時金特約」「特定生活習慣病保障特約」を付加した場合

- 1 三大疾病^(※1)による長期入院は日数無制限で保障。
短期入院^(※2)でも一律10日分の入院給付金を、日帰り手術でも、手術給付金に加え、通院給付金をお受取りいただけます。
- 2 三大疾病で手術または入院をしたとき^(※3)に一時金をお受取りいただけます。
また糖尿病の合併症などの特定生活習慣病^(※4)にも手厚く備えることができます。
- 3 所定の条件を満たした場合、3年に1度「健康祝金」をお受取りいただけます。

健康に不安のある方もお申込みいただけます。

健康状態に不安があって、医療保険のご加入をあきらめていた方も、保険料を割増してご契約をお引受けできる場合があります。

医療保険



スケジュール	■締切日	令和3年2月1日（月）	
	■取りまとめ先	ALSOK 保険サービス株式会社まで、返信カードをご提出ください	
	■契約日	令和3年5月1日（土）	
	■責任開始	生きるためのがん保険Days1 ALL-in	令和3年6月24日（木）
		医療保険 EVER Prime	令和3年4月23日（金）
■第1回保険料	令和3年4月分給与より引去り開始		

(※1) 三大疾病とは、がん（悪性新生物）・心疾患・脳血管疾患を指します。

(※2) 日帰り入院を含む10日以内の入院の場合

(※3) がん（悪性新生物）の場合は、診断確定されたときを含みます。

(※4) 特定生活習慣病とは、肝硬変、慢性膵炎、慢性腎不全、糖尿病の合併症を指します。

アフラックの「がん保険」「医療保険」に付加する特約については、アフラックの基準により契約の限度を定めています。

「契約概要」「注意喚起情報」「その他重要事項」「ご契約のしおり・約款」は、商品内容やご契約に関する大切な事項を記載しています。“お支払いできない場合”や“新たな保険契約への乗換えやご契約の見直し”など、お客様にとって不利益となることも記載していますので、必ずご確認ください。

募集代理店（お問い合わせ先）

ALSOK 保険サービス株式会社

〒163-1408 新宿区西新宿3-20-2 東京オペラシティタワー 8階

内線 81852-225 フリーダイヤル 0120-88-6891

fax 03-6276-2019 担当 保坂・水野

引受保険会社

東京第二法人営業部

〒163-0456 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル


当社保険に関するお問い合わせ・各種手続き
コールセンター 0120-5555-95

締切日	令和3年2月1日（月）		
取りまとめ先	ALSOK保険サービス株式会社		
所属名	社員コード	性別	フリガナ
			様

この機会に、ぜひご検討ください。

① ご希望の内容の○を○で囲んでください。

がんの治療を幅広く
まとめて保障するがん保険^(*)



加入を検討したい
 詳しい資料が欲しい
 説明を聞きたい

保障が充実。
なのに、ムダがない医療保険。



加入を検討したい
 詳しい資料が欲しい
 説明を聞きたい

(*)「生きるためのがん保険Days1 ALL-in」は、がんに関する治療費に加え、治療関連費も幅広くまとめて保障する保険です（所定の支払事由に該当する必要があります）。

※商品の詳細は、「パンフレット」「契約概要」などをご確認ください。

② ご希望の方のご住所・お名前・性別・生年月日などをご記入ください。(記入欄が足りない場合はお申し出ください。)

ご住所	〒	フリガナ			
	自宅TEL() () () 日中の連絡先() () ()				
お名前		性別	生年月日		
ご本人様	フリガナ 様	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	年	月	日
配偶者様	フリガナ 様	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	年	月	日
お子様	フリガナ 様	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	年	月	日

〈個人情報の取扱いについて〉

募集代理店 宛 今回提供する個人情報の募集代理店における利用目的が、アフラックの各種商品やサービスの案内・提供・維持管理であることを確認しました。また、これらの利用目的のために募集代理店がその提携先であるアフラックに登録されている代理店と共同して対応する際には、個人情報が当該代理店に提供されることにつき同意します。

募集代理店(お問い合わせ先)

ALSOK保険サービス株式会社

〒163-1408新宿区西新宿3-20-2東京オペラシティタワー8階
 内線 81852-225 フリーダイヤル 0120-88-6891
 fax 03-6276-2019 担当 保坂・水野

引受保険会社

Aflac アフラック

東京第二法人営業部
 〒163-0456 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル

当社保険に関するお問い合わせ・各種お手続き
 コールセンター 0120-5555-95