

募集代理店

A L S O K 保険サービス株式会社

## アフラック 病気やケガで働けなくなったときの 給与サポート保険のご案内

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、病気・ケガで働けなくなったときに備えられる「給与サポート保険」をご案内いたします。万が一病気やケガで働けなくなったとき、収入の減少分をカバーする保障の準備ができるよう、ぜひこの機会にご検討ください。

※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。

病気やケガで働けなくなったときの

**給与 サポート保険**

### 3つのポイント

- 1 病気・ケガで働けないとき、月々の収入をサポート**  
※精神障害や妊娠・出産などを原因とする場合は除きます。
- 2 入院中だけでなく所定の在宅療養で働けない場合も保障**
- 3 働けなくなったときの公的保障をふまえ、必要な保障額をそれぞれ設定できる** (被用者保険にご加入の方の場合)  
※被用者保険とは、主に会社員などを対象とした全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)、組合管掌健康保険(健康保険組合)、各種共済組合、船員保険を指します。

※就労困難状態に該当する必要があります。詳細は「契約概要」などをご確認ください。

「給与サポート保険」をお申込みいただくとご利用いただけます。

病気やケガをしたときの不安や悩みを幅広くサポートします。



——ダックの——  
**カウンセリング**  
サービス

メンタルヘルス  
に関するご相談

障害年金や傷病手当金など  
に関するご相談

病気やケガの治療  
に関するご相談

- このサービスは(株)法研、(株)ウェルネス医療情報センターが提供するもので、アフラックの保険契約による保障内容ではありません。
- これらのサービスは2018年4月1日現在のものであり、将来予告なく変更もしくは中止される場合があります。サービス利用者による本サービス(24時間健康電話相談サービスを除く)のご利用は、給与サポート保険のご契約者様と(株)法研との間の利用規約にもとづきます。詳細は<http://www.duckcounseling.jp/>をご確認ください。

スケジュール	■締切日	令和3年2月1日(月)
	■取りまとめ先	A L S O K 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	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

「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)

A L S O K 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・各種手続き  
コールセンター 0120-5555-95

病気やケガで働けなくなったときの

## 給与 サポート保険

### 3つのポイント

- 1 病気・ケガで働けないとき、月々の収入をサポート**  
※精神障害や妊娠・出産などを原因とする場合は除きます。
- 2 入院中だけでなく所定の在宅療養で働けない場合も保障**
- 3 働けなくなったときの公的保障をふまえ、必要な保障額をそれぞれ設定できる** (被用者保険にご加入の方の場合)  
※被用者保険とは、主に会社員などを対象とした全国健康保険協会健康保険(協会けんぽ)、組合管掌健康保険(健康保険組合)、各種共済組合、船員保険を指します。

※就労困難状態に該当する必要があります。詳細は「契約概要」などをご確認ください。

### 月払保険料例

給与サポート保険 団体(集団)取扱 2016年7月19日現在

お申込みいただく月払保険料は、**短期回復支援給付金の保険料**と**長期療養支援給付金の保険料**を合計した金額になります。

保険期間/ 保険料払込期間 60歳満期	男性						女性					
	短期回復支援給付金		長期療養支援給付金				短期回復支援給付金		長期療養支援給付金			
	給付金月額を 1つお選びください		給付金月額を 1つお選びください				給付金月額を 1つお選びください		給付金月額を 1つお選びください			
契約日の満年齢	5万円	10万円	10万円	15万円	20万円	5万円	10万円	10万円	15万円	20万円		
20歳	515円	1,030円	1,370円	2,055円	2,740円	555円	1,110円	1,340円	2,010円	2,680円		
30歳	635円	1,270円	1,720円	2,580円	3,440円	680円	1,360円	1,660円	2,490円	3,320円		
40歳	830円	1,660円	1,870円	2,805円	3,740円	855円	1,710円	1,770円	2,655円	3,540円		
50歳	1,160円	2,320円	2,150円	3,225円	4,300円	1,085円	2,170円	1,970円	2,955円	3,940円		
60歳	1,590円	3,180円	3,120円	4,680円	6,240円	1,345円	2,690円	2,950円	4,425円	5,900円		

●商品の詳細は「パンフレット」「契約概要」等をご覧ください。

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

**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・各種手続き  
コールセンター 0120-5555-95

AFLT01-2016-00185 7月7日

### 返信カード

取りまとめ先(提出先) ALSOK 保険サービス株式会社

1 ご希望の内容に  をおつけください。

ご希望商品	<input type="checkbox"/> 給与サポート保険 ( <input type="checkbox"/> 60歳満期 <input type="checkbox"/> 65歳満期 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
ご希望事項	<input type="checkbox"/> 契約を希望する <input type="checkbox"/> 見積を希望する <input type="checkbox"/> 詳しい資料が欲しい <input type="checkbox"/> 説明してほしい

2 お名前・性別・生年月日・現住所・連絡先などをご記入ください。(ご家族の方が希望される場合にも、ご本人の欄(太線枠)は必ずご記入ください)

現住所	フリガナ	〒	—	(都)	(道)	(府)	(県)	自宅TEL( ) ( ) ( )	日中の連絡先( ) ( ) ( )
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
ご本人様	お名前	性別	生年月日	年齢					
ご家族様	お名前	性別	生年月日	年齢					

<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。