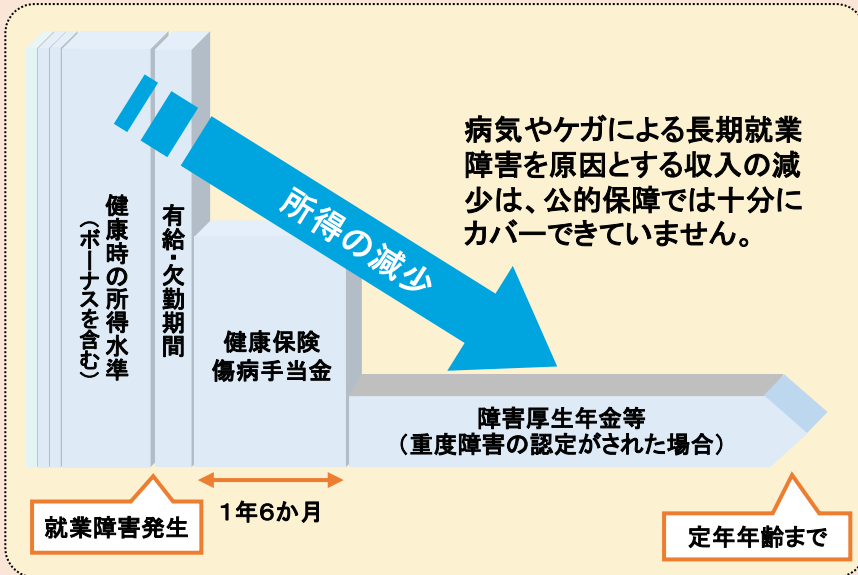


団体  
割引 **30%**

# 団体長期障害所得補償のおすすめ

病気やケガで長期間働けなくなったとき、  
今ご加入されている保険だけで大丈夫ですか？



病気やケガで働けなくなったら・・・

- 例えば・・・
- 退職…収入が途絶えてしまう
  - 保険…生命保険、年金の掛金の支払いは続く
  - 公的保障…重度の場合には障害厚生年金等の受給が可能
  - 住宅ローン…支払いは続く
  - 医療保険…1入院あたりの支払限度日数に制限があり、退院後の継続補償がない

さらに医療費や介護費用がかかります。  
ローンの支払いや毎月の生活費は？  
長期の傷病はご本人と家族にとって  
大きなりスクになります。

所得補償とのセットのご加入をおすすめします！

セットで  
さらに大きな  
安心を

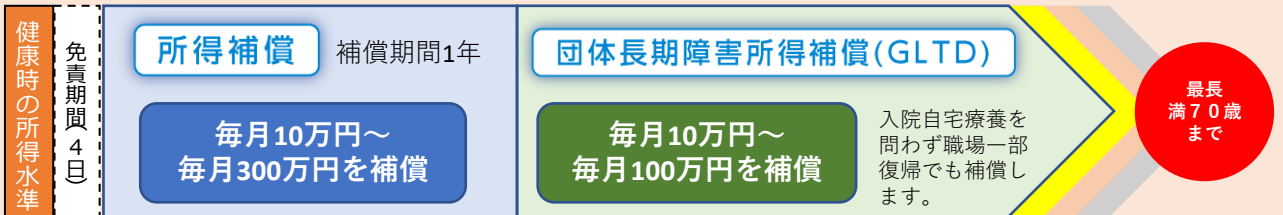
**所得補償**

病気・ケガで働けない期間、  
先生方に代わって生活費を  
ご家庭のもとにお届けする  
補償です。



**団体長期障害所得補償(GLTD)**

所得補償の保険期間は1年。団体長期障害所得補償はその期間以降、長期にわたって医師の皆様  
の就業障害や収入の減少を補償いたします。



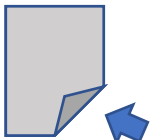
就業障害  
発生

病気やケガで働けなくなり、その期間が369日を超えた場合に最長満70歳の誕生日まで長期間にわたり保険金をお支払いします。

※ただし、65歳以上の場合は、保険金をお支払いする1事故あたりの限度期間は3年となります。

中途加入も随時受付けております。

ご不明な点がございましたら・・・



裏面もご覧ください。  
加入希望書欄が  
掲載されています。

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。  
このチラシは団体長期障害所得補償保険の概要をご紹介します。  
詳細は保険約款によりますが、保険金のお支払い条件、ご契約手続き  
その他、ご不明な点がございましたら裏面の取扱代理店までご照会く  
ださい。

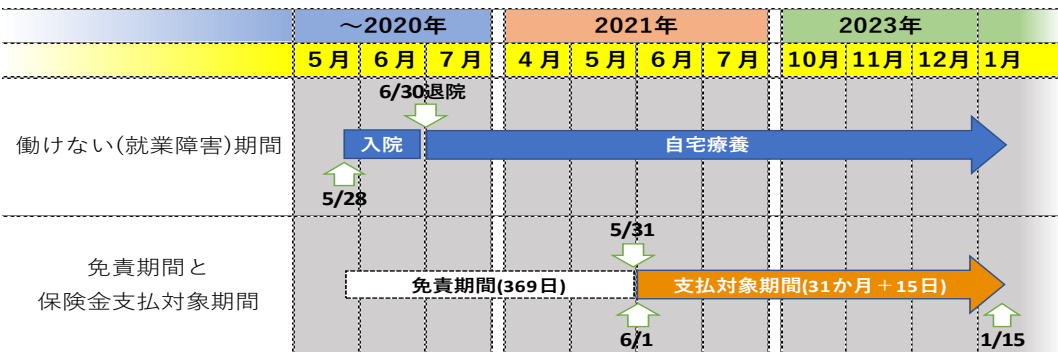
# 保険金のお受取計算例

※下記お受取例は、弊社が作成した架空の例であり、過去に実際に発生したものではありません。  
 医師のAさん(43歳)は、脳血管障害で2020年5月28日から入院、2020年6月30日に退院、その後、自宅療養し2023年1月15日まで就業不能であった場合、所得補償保険金はいくら支払われるのでしょうか？

## 重要

ご加入の保険金額(月額)は、平均月間所得額\*の範囲内、かつ、加入限度口数以下で設定してください。

\*直前12か月における保険の対象となる方(被保険者)ご本人の所得の平均月額をいいます。



お支払いする保険金は、100万円×31か月+100万円×15日/30日=3,150万円

## 1か月あたりの保険料と補償月額

(精神障害担保持約あり、天災危険担保持約あり、てん補期間70歳まで(65歳～69歳は3年間限度))

補償月額	50万円(5口)		100万円(10口)	
	男性	女性	男性	女性
25～29歳	4,100円	3,650円	8,200円	7,300円
30～34歳	4,500円	4,800円	9,000円	9,600円
35～39歳	5,550円	7,100円	11,100円	14,200円
40～44歳	8,400円	11,550円	16,800円	23,100円
45～49歳	12,600円	17,100円	25,200円	34,200円
50～54歳	19,350円	24,250円	38,700円	48,500円
55～59歳	26,300円	28,900円	52,600円	57,800円
60～64歳	28,800円	27,250円	57,600円	54,500円
65～69歳	23,900円	20,350円	47,800円	40,700円

※年齢は、被保険者(保険の対象となる方)の保険期間開始時(令和5年4月1日)満年齢をいいます。

## お問い合わせ・お申し込みは

〈お問い合わせ〉 取扱代理店

鹿児島県医師協同組合  
 FAX: 099-257-1816

TEL: 099-254-8126

メールでのお問い合わせは →  
 こちらから



iky-toiawase@kagoshima.med.or.jp

メールまたはFAXにて  
 お問い合わせください

引受保険会社

東京海上日動火災保険(株)  
 鹿児島支店営業課  
 TEL: 099-225-6251

(下記に必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。)

今すぐ

MAIL or FAXで

### 団体長期障害所得補償保険加入希望書

ご氏名	生年月日	年 月 日 (満 才)	ご記入日	令和 年 月 日
〒 □□□□ - □□□□	鹿児島県		E-mail	@
ご住所				市・郡
連絡先お電話	( )	連絡先FAX	( )	

をお付けください。  加入したい  詳しい説明を聞きたい  詳しい資料が欲しい  電話が欲しい

※お問い合わせいただきましたら、東京海上日動火災保険(株)の取扱代理店よりご連絡させていただきます。

取扱代理店は、先生方からご提供いただいた上記、加入希望書記載の個人情報を引受保険会社(東京海上日動火災保険株式会社)より委託を受けて行う損害保険およびこれに付帯・関連するサービスの提供等に利用させていただきます。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他、必要と認められる範囲に限定いたします。