

所得補償保険

病気やケガで働けなくなった場合

就業不能中の所得(収入)を補償します！

- **聖医会団体制度により5%の団体割引！**
- **月額250万円まで加入OK！** ▪ **満68歳まで加入OK！**
- **無事故の場合保険料の20%を返れい！**

(中途脱退の場合、返れい金はありません。)

保険料

※ 保険料は、保険始期日(中途加入日)時点の満年齢によります。年齢は、保険期間の初日現在(中途加入の場合は中途加入日時点)の満年齢とします。ご契約更新時は、更新後の保険始期日時点での満年齢による保険料となります。年齢区分が変更になると、保険料が変更になります。

■ 保険期間 2021年3月1日から2022年3月1日
 ■ 職種級別 1級(医師) ■ 団体割引5%
 ■ 対象期間 2年 ■ 支払対象外期間 7日間(入院のみ支払対象外期間0日)

入院のみ支払対象外期間0日プラン

タイプおよび 月額補償額 満年齢	イ	ロ	ハ	ニ	ホ	ヘ
	250万円	200万円	150万円	100万円	50万円	30万円
20歳～24歳	—	—	—	13,100円	6,550円	3,930円
25歳～29歳	—	—	22,500円	15,000円	7,500円	4,500円
30歳～34歳	45,750円	36,600円	27,450円	18,300円	9,150円	5,490円
35歳～39歳	59,000円	47,200円	35,400円	23,600円	11,800円	7,080円
40歳～44歳	76,000円	60,800円	45,600円	30,400円	15,200円	9,120円
45歳～49歳	93,000円	74,400円	55,800円	37,200円	18,600円	11,160円
50歳～54歳	108,250円	86,600円	64,950円	43,300円	21,650円	12,990円
55歳～59歳	116,500円	93,200円	69,900円	46,600円	23,300円	13,980円
60歳～68歳	121,500円	97,200円	72,900円	48,600円	24,300円	14,580円

支払対象外期間7日間プラン

■ 保険期間 2021年3月1日から2022年3月1日
 ■ 職種級別 1級(医師) ■ 団体割引5%
 ■ 対象期間 2年 ■ 支払対象外期間 7日間

タイプおよび 月額補償額 満年齢	A	B	C	D	E	F
	250万円	200万円	150万円	100万円	50万円	30万円
20歳～24歳	—	—	—	10,600円	5,300円	3,180円
25歳～29歳	—	—	18,300円	12,200円	6,100円	3,660円
30歳～34歳	38,500円	30,800円	23,100円	15,400円	7,700円	4,620円
35歳～39歳	49,750円	39,800円	29,850円	19,900円	9,950円	5,970円
40歳～44歳	64,250円	51,400円	38,550円	25,700円	12,850円	7,710円
45歳～49歳	78,250円	62,600円	46,950円	31,300円	15,650円	9,390円
50歳～54歳	92,500円	74,000円	55,500円	37,000円	18,500円	11,100円
55歳～59歳	99,500円	79,600円	59,700円	39,800円	19,900円	11,940円
60歳～68歳	105,250円	84,200円	63,150円	42,100円	21,050円	12,630円

本チラシは、概要の説明です。詳しい内容については、パンフレット(医師総合補償制度のご案内)をご覧ください。

 **パンフレットはこちら**

聖医会会員医師総合補償制度「加入依頼書」

私は、聖医会会員医師総合補償制度に加入したく、下記記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ依頼いたします。なお保険料はみずほファクター(株)により、登録口座から引落しになることを承諾いたします。申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損害保険ジャパンのホームページ (<https://www.sompo-japan.co.jp>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日	年	月	日		
フリガナ					性別
被保険者本人署名	(旧姓: _____)				男・女
生年月日	大・昭・平	年	月	日	
フリガナ					
〒 (_____)					TEL (_____)
住所					
勤務先名				所属	
勤務先住所	〒 (_____)				TEL (_____)

加入希望日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (※ 加入希望日までに下記振込先までご入金下さい。)

【振込先】みずほ銀行 向ヶ丘支店 普通口座 2370990 聖医会保険口

※ ご加入を希望する保険の種類 (① ~ ③)、加入タイプをすべてご選択下さい。

① 勤務医師賠償責任保険(パンフレットP. 1~2をご覧ください。)

⇒ 加入タイプ

I型(40,660円)

II型(51,570円)

② 所得補償保険(パンフレットP. 3~4をご覧ください。)

⇒ 加入タイプ

A

B

C

D

E

F

イ

ロ

ハ

ニ

ホ

ヘ

※ 所得補償保険にご加入される方は、健康告知書のご記入・署名・捺印も必要となります。

③ 産業医・学校医 嘱託医活動賠償責任保険(パンフレットP. 5~6をご覧ください。)

【個人情報の取扱いについて】

- ・保険契約者(団体)は、本契約に関する個人情報を損害保険ジャパンに提供します。
- ・損害保険ジャパンは、本契約に関する個人情報を本契約の履行・損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供等を行うために取得・利用し、業務委託先・再保険会社等に提供を行います。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則により**限定された目的以外の利用はしません**。
- 詳細につきましては、損害保険ジャパンのホームページ (<https://www.sompo-japan.co.jp>)に掲載の個人情報保護宣言をご覧ください。
- ・保険契約者(団体)は、本契約に関する個人情報を聖医会のデータ整備にも活用させていただきます。不同意の場合はお手数ですが、その旨ご連絡いただきますようお願い申し上げます。
- 申込人(加入者)および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意の上ご加入下さい。

●取扱代理店

聖友インシュアランスアンドリース株式会社

〒214-0035 川崎市多摩区長沢2-20-31 MSビル2階 TEL: 044-975-4871 FAX: 044-975-4873

●引受保険会社

損害保険ジャパン株式会社 横浜支店営業一課

〒231-0007 横浜市中区弁天通5-70 TEL: 045-661-2713