

2025年度 老連役職員専用傷害保険パンフレット

総合生活保険(傷害補償)

本保険商品は、ケガで通院・入院したり、亡くなったりした場合等を補償する保険です(病気に関する補償や貯蓄を目的とした保険ではありません。)

お客様のご意向に合致している場合は、本パンフレット・加入申込書等の内容をご確認ください。

【募集締切日】 2025年3月10日(月)

【保険期間】 2025年4月1日午後4時から1年間 (2026年4月1日午後4時まで)
(新規は午前0時から)

【中途加入】 上記の保険期間開始後の中途加入の場合、補償期間等は次のとおりです。

○補償期間: 毎月10日締切で翌月1日 午前0時～2026年4月1日 午後4時まで

○保険料 : 月割保険料となりますので、事前に全老連保険係までお問い合わせください。

保険金額・保険料表(職種級別:A) 下表のタイプ以外の条件ではご加入いただけませんのでご了承ください。

保険料は、保険の対象となる方ご本人の職種級別によって異なります。下記保険料は職種級別A(事務従事者等、職種級別B以外)の方を対象としたものです。職種級別B(自動車運転者、建設作業員、農林業作業員、漁業作業員、採鉱・採石作業員、木・竹・草・つる製品製造作業員)の方は、全老連保険係までご連絡ください。

<保険期間: 1年>	職員用		役員用
	就業中のみ補償		24時間補償
タイプ	Wタイプ	Zタイプ	Aタイプ
年間保険料(一時払)	7,000円	3,000円	7,000円
死亡・後遺障害保険金額	603万円	250万円	188万円
入院保険金日額	4,500円	2,000円	1,500円
通院保険金日額	3,000円	1,300円	900円

※保険期間中に加入者が退職等で変更になる場合は、全老連保険係までお問い合わせください。

※手術保険金のお支払い額は、入院保険金日額の10倍(入院中の手術)または5倍(入院中以外の手術)となります。傷の処置や抜歯等お支払いの対象外の手術があります。

<補償の範囲>

職員用(就業中のみ補償)Wタイプ・Zタイプ	役員用(24時間補償)Aタイプ
・職業・職務に従事中のケガ	・老連やクラブの行事参加中のケガ ・上記行事参加の往復途上のケガ ・日常生活上のケガ

※上記保険金の対象となるケガは「急激かつ偶然な外来の事故」によるものです。なお、保険金をお支払いする主な場合、保険金をお支払いしない主な場合については、後記「補償の概要等」をご確認ください。

【ご加入内容をご確認ください。】

お申込みいただく前に保険商品がご希望に合致した内容となっていることを再度ご確認ください。

加入申込書の記載事項等につきましては、「加入申込書」の「意向チェックシート」に沿ってご確認いただき、記入漏れ・記入誤りがある場合は、追記・訂正をお願いいたします。

このパンフレットは2025年度老連役職員専用傷害保険(総合生活保険)の概要をご紹介します。申込方法や詳しい補償の概要は次ページをご覧ください

加入手続き方法

ご加入を希望される方は、「2025年度『老連役職員専用傷害保険』加入申込書」に必要事項を記入・ご署名のうえ、下記「加入申込書郵送先」に郵送するとともに、郵便局備え付けの「青色払込取扱票」にてゆうちょ銀行または郵便局で保険料を払込みください。
《払込締切日：2025年3月10日》（消印有効）

加入者票は発行されません。「加入申込書」のコピーと保険料の払込票控（振替払込請求書兼受領書）を保管してください。

【加入申込書郵送先】

全国老人クラブ連合会 保険係 宛
〒100-0013
東京都千代田区霞が関3-3-2
新霞が関ビル5階

【保険料払込口座】

口座記号：00130-8
口座番号：515066
加入者名：全老連 役職員保険係

【ご注意頂きたい点】

- ※市区町村の連合会は都道府県・指定都市老連に登録の老連名でお申込みください。
- ※都道府県・指定都市老連を退会された場合は加入できません。
- ※払込手数料は自己負担です。
保険料から払込手数料を差引かないでください。
- ※ご加入者が複数名いらっしゃる場合、加入申込書は1人1枚必要です。
加入申込書の郵送と払込はまとめてご対応ください。

払込票記入例

払込取扱票		振替払込請求書兼受領証	
00	口座記号・番号はお間違えないよう記入してください。	00130-8	口座記号番号
001308	金額	515066	加入者名
515066	千 百 十 万 千 百 十 円	17500	全老連 役職員保険係
17500	料 金		千 百 十 万 千 百 十 円
	備考		17500
全老連 役職員保険係			おなまえ
			●●●老人クラブ連合会
123-4567			ご依頼人
●●●県●●●市●●●町●●●			●●●老人クラブ連合会
●●●老人クラブ連合会			日 附 印
1234-5678			消費税込
			円
			備 考

もしも事故が起きた時は……

- ①事故の通知：事故が発生した場合には、直ちに全老連保険係にご連絡ください。
 - ②保険金請求権には、時効(3年)がありますのでご注意ください。
 - ③保険金支払いの対象となっていない身体に生じた傷害の影響等によって、保険金を支払うべきケガの程度が重大となった場合は、東京海上日動は、その影響がなかった時に相当する金額をお支払いします。
- ※職員用タイプの保険金請求時には、普通保険約款に定める書類の他に、就業中の事故であることの証明書をご提出いただきます。

お問い合わせ・事故時の連絡先



公益財団法人 全国老人クラブ連合会 保険係

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル5階

加入申込書等、資料請求先

専用FAX03-3597-8767

お問い合わせ先
ご相談

03-3597-8770

ホームページ <http://www.senior-ltd.com/> メールアドレス hoken@senior-ltd.com

〈取扱代理店〉 有限会社 シニアサービス社 TEL.03-3597-8768

〈引受保険会社〉 東京海上日動火災保険株式会社 医療・福祉法人部 TEL.03-3515-4143

受付時間 9:30から12:00まで
13:00から17:00まで

土、日、祝祭日、
年末年始休

■補償の概要等

※ご加入いただくタイプによっては保険金お支払いの対象とならない場合があります。ご加入のタイプの詳細については、1ページの「保険金額・保険料」表をご確認ください。

【傷害補償】

■24時間補償:「急激かつ偶然な外来の事故」により、保険の対象となる方がケガ*1をした場合に保険金をお支払いします。

■就業中のみ補償:職業または職務に従事している間(通勤途上を含みます。)の「急激かつ偶然な外来の事故」により、保険の対象となる方がケガ*1をした場合に保険金をお支払いします。

*1 ケガには、有毒ガスまたは有毒物質による急性中毒を含みます。ただし、細菌性食中毒およびウイルス性食中毒は含みません。なお、職業病、テニス肩のような急激性、偶然性、外来性のいずれかまたはすべてを欠くケースについては、保険金お支払いの対象となりませんのでご注意ください。

	保険金をお支払いする主な場合	保険金をお支払いしない主な場合
死亡保険金	<p>事故の日からその日を含めて180日以内に死亡された場合</p> <p>▶死亡・後遺障害保険金額の全額をお支払いします。</p> <p>※1事故について、既に支払われた後遺障害保険金がある場合は、死亡・後遺障害保険金額から既に支払われた金額を差し引いた額をお支払いします。</p>	<p>・地震・噴火またはこれらによる津波によって生じたケガ</p> <p>・保険の対象となる方の故意または重大な過失によって生じたケガ</p> <p>・保険金の受取人の故意または重大な過失によって生じたケガ(その方が受け取るべき金額部分)</p> <p>・保険の対象となる方の闘争行為、自殺行為または犯罪行為によって生じたケガ</p>
後遺障害保険金	<p>事故の日からその日を含めて180日以内に後遺障害が生じた場合</p> <p>▶後遺障害の程度に応じて死亡・後遺障害保険金額の4%~100%をお支払いします。</p> <p>※1事故について死亡・後遺障害保険金額が限度となります。</p>	<p>・無免許運転や酒気帯び運転をしている場合に生じたケガ</p> <p>・脳疾患、疾病または心神喪失によって生じたケガ</p>
入院保険金	<p>医師等の治療を必要とし、事故の日からその日を含めて180日以内に入院された場合</p> <p>▶入院保険金日額に入院した日数(実日数)を乗じた額をお支払いします。ただし、事故の日からその日を含めて180日を経過した後の入院に対してはお支払いできません。また、支払対象となる「入院した日数」は、1事故について180日を限度とします。</p> <p>※入院保険金が支払われる期間中、さらに別のケガをされても入院保険金は重複してはお支払いできません。</p>	<p>・妊娠、出産、早産または流産によって生じたケガ</p> <p>・外科的手術等の医療処置(保険金がお支払されるケガを治療する場合を除きます。)によって生じたケガ</p> <p>・自動車等の乗用具を用いて競技、試運転、競技場でのフリー走行等を行っている間に生じた事故によって被ったケガ</p> <p>・むちうち症や腰痛等で、医学的他覚所見のないもの</p>
手術保険金	<p>治療を目的として、公的医療保険制度に基づく医科診療報酬点数表により手術料の算定対象として列挙されている手術*1または先進医療*2に該当する所定の手術を受けられた場合</p> <p>▶入院保険金日額の10倍(入院中の手術)または5倍(入院中以外の手術)の額をお支払いします。ただし、1事故について事故の日からその日を含めて180日以内に受けた手術1回に限りです*3。</p> <p>*1 傷の処置や抜歯等お支払いの対象外の手術があります。</p> <p>*2 「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等において行われるもの)に限ります。をいいます(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。)。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する可能性があります。)</p> <p>*3 1事故に基づくケガに対して入院中と入院中以外の両方の手術を受けた場合には、入院保険金日額の10倍の額のみお支払いします。</p>	<p>・ピッケル等の登山用具を使用する山岳登山、ハンググライダー搭乗等の危険な運動等を行っている間に生じた事故によって被ったケガ</p> <p>・オートバイ・自動車競争選手、自転車競争選手、猛獣取扱者、プロボクサー等の危険な職業に従事している間に生じた事故によって被ったケガ</p> <p>等</p>
通院保険金	<p>医師等の治療を必要とし、事故の日からその日を含めて180日以内に通院(往診を含みます。)された場合</p> <p>▶通院保険金日額に通院した日数(実日数)を乗じた額をお支払いします。ただし、事故の日からその日を含めて180日を経過した後の通院に対しては、お支払いできません。また、支払対象となる「通院した日数」は、1事故について90日を限度とします。</p> <p>※入院保険金と重複してはお支払いできません。また、通院保険金がお支払される期間中、さらに別のケガをされても通院保険金は重複してはお支払いできません。</p> <p>※通院しない場合であっても、医師等の治療により所定の部位にギプス等*1を常時装着した日数についても、「通院した日数」に含みます。</p> <p>*1 ギプス・キャスト、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、副子・シーネ・スプリント固定、創外固定器、PTBキャスト、PTBブレース、線副子等およびハローベストをいいます。</p>	

この保険は、全国老人クラブ連合会を契約者とし、団体の構成員等を保険の対象となる方とする団体契約です。

保険証券を請求する権利、保険契約を解約する権利等は原則としてご契約者が有します。

保険証券は契約者である全国老人クラブ連合会に発行されます。ご加入者には発行されません。

また、「ご加入者【保険の対象となる方】*1」としてご加入いただける方は、全国老人クラブ連合会に連なる老人クラブ連合会の役員・職員の方に限ります。ただし、就業中のみ危険補償特約がセットされた「職員用(WタイプとZタイプ)」については、老人クラブ連合会と雇用関係にある方のみ加入できます。個人事業主・会社役員等、住居と職場を同じくする方、就業中と否との区別が明らかでない方はご加入できませんので、ご了承ください。ご確認のうえ、お申込みいただきますようお願いいたします。

*1 加入申込書に「ご加入者【保険の対象となる方】*1」として記載された方をいいます。

代理店は、弊社との委託契約に基づき、保険契約の締結・契約の管理業務等の代理業務を行っております。したがって、代理店との間で有効に成立したご契約については、引受保険会社と直接締結されたものとなります。

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。なお、約款はご契約者である団体(全国老人クラブ連合会)の代表者にお渡します。必要に応じ全国老人クラブ連合会保険係までご請求ください。また、パンフレットには、ご契約上の大切なことがらが記載されていますので、ご一読の上、保険期間の終了時まで保管してご利用ください。ご不明な点は、お問い合わせ先までご連絡ください。

サービスのご案内

「日頃の様々な悩み」から「もしも」のときまでバックアップ！ 東京海上日動のサービス体制なら安心です。

※サービスの内容は変更・中止となる場合があります。

※サービスのご利用にあたっては、グループ会社・提携会社の担当者が、「お名前」「ご連絡先」「団体名」等を確認させていただきますのでご了承願います。

・メディカルアシスト

自動セット

お電話にて各種医療に関するご相談に応じます。
また、夜間の救急医療機関や最寄りの医療機関をご案内します。



受付時間*1: 24時間365日

0120-708-110

*1 予約制専門医相談は、事前予約が必要です(予約受付は、24時間365日)。
※正確なお客様対応を行うため、発信者番号を非通知に設定されている場合は、電話番号の最初に「186」をダイヤルしてからおかけください。

緊急医療相談

常駐の救急科の専門医および看護師が、緊急医療相談に24時間お電話で対応します。

医療機関案内

夜間・休日の受付を行っている救急病院や、旅先での最寄りの医療機関等をご案内します。

予約制専門医相談

様々な診療分野の専門医が、輪番予約制で専門的な医療・健康電話相談をお受けします。

がん専用相談窓口

がんに関する様々なお悩みに、経験豊富な医師とメディカルソーシャルワーカーがお応えします。

転院・患者移送手配 *2

転院されるとき、民間救急車や航空機特殊搭乗手続き等、一連の手配の一切を承ります。

*2 実際の転院移送費用は、お客様にご負担いただきます。

・介護アシスト

自動セット

お電話にてご高齢の方の生活支援や介護に関するご相談に応じ、優待条件でご利用いただける各種サービスをご紹介します。



受付時間:

いずれも
土日祝日、
年末年始を除く

・電話介護相談 : 午前9時～午後5時
・各種サービス優待紹介 : 午前9時～午後5時

0120-428-834

電話介護相談

ケアマネジャー・社会福祉士・看護師等が、公的介護保険制度の内容や利用手続き、介護サービスの種類や特徴、介護施設の入所手続き、認知症への対処法といった介護に関するご相談に電話でお応えします。

認知症のご不安に対しては、医師の監修を受けた「もの忘れチェックプログラム*1」をご利用いただくことも可能です。

*1 お電話でいくつかのアンケートにお答えいただき、その回答結果に基づいて、受診のおすすめや専門医療機関のご案内等を行います。

インターネット介護情報サービス

情報サイト「介護情報ネットワーク」を通じて、介護の仕方や介護保険制度等、介護に関する様々な情報をご提供します。

[ホームページアドレス] www.kaigonw.ne.jp

各種サービス優待紹介 *2

「家事代行」「食事宅配」「住宅リフォーム」「見守り・緊急通報システム」「福祉機器」「有料老人ホーム・高齢者住宅」「バリアフリー旅行」といったご高齢の方の生活を支える各種サービスについて優待条件でご利用いただける事業者をご紹介します。*3

*2 お住まいの地域によってはご利用いただけなかったり、優待を実施できないサービスもあります。

*3 本サービスは、サービス対象者(「ご注意ください」をご参照ください。)に限りご利用いただけます。

*3 サービスのご利用にかかる費用については、お客様にご負担いただきます。

・デイリーサポート

自動セット

法律・税務・社会保険に関するお電話でのご相談や毎日の暮らしに役立つ情報をご提供します。



受付時間: 法律相談 : 午前10時～午後6時
いづれも 税務相談 : 午後2時～午後4時
土日祝日、社会保険に関する相談 : 午前10時～午後6時
年末年始を除く 暮らしの情報提供 : 午前10時～午後4時

0120-285-110

法律・税務相談

提携の弁護士等が身の回りの法律や税金に関するご相談に電話でわかりやすくお応えします。また、ホームページを通じて、法律・税務に関するご相談を24時間電子メールで受け付け、弁護士等の専門家が電子メールでご回答します。

[ホームページアドレス] www.tokiomarine-nichido.co.jp/contractor/service/consul/input.html

※弁護士等のスケジュールとの関係でご回答までに数日かかる場合があります。

社会保険に関する相談

公的年金等の社会保険について提携の社会保険労務士がわかりやすく電話でご説明します。

※社会保険労務士のスケジュールとの関係でご回答までに数日かかる場合があります。

暮らしの情報提供

グルメ・レジャー情報・冠婚葬祭に関する情報・各種スクール情報等、暮らしに役立つ様々な情報を電話でご提供します。

ご注意ください

(各サービス共通)

・ご相談のご利用は、保険期間中にご相談内容の事柄が発生しており、かつ現在に至るまで保険契約が継続している場合に限りです。
・ご相談の対象は、ご契約者、ご加入者および保険の対象となる方(法人は除きます。)、またはそれらの方の配偶者*1・親族*2の方(以下サービス対象者といいます。)のうち、いずれかの方に日本国内で発生した身の回りの事象(事業活動等を除きます。)とし、サービス対象者からの直接の相談に限りません。

・一部の地域ではご利用いただけないサービスもあります。

・各サービスは、東京海上日動がグループ会社または提携会社を通じてご提供します。

・メディカルアシストおよび介護アシストの電話相談は医療行為を行うものではありません。また、ご案内した医療機関で受診された場合の費用はお客様の負担となります。

*1 婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある方および戸籍上の性別が同一であるが婚姻関係と異ならない程度の実質を備える状態にある方を含みます。婚約とは異なります。

*2 6親等以内の血族または3親等以内の姻族をいいます。

老連役職員専用傷害保険 重要事項説明書〔契約概要・注意喚起情報のご説明〕

総合生活保険(傷害補償)にご加入いただく皆様へ

ご加入前に必ずご理解いただきたい大切な情報を記載しています。必ず最後までお読みください。
※ご不明な点や疑問点がありましたら、全老連保険係までご連絡ください。

[マークのご説明]



保険商品の内容を
ご理解いただくための事項



ご加入に際してお客様にとって不利益になる事項等、
特にご注意ください事項

I ご加入前におけるご確認事項

1 商品の仕組み



この保険は、団体(全国老人クラブ連合会)をご契約者とし、団体の構成員等を保険の対象となる方とする団体契約です。保険証券を請求する権利、保険契約を解約する権利等は原則としてご契約者が有します。保険証券は契約者である全国老人クラブ連合会に発行されます。ご加入者には発行されません。基本となる補償はパンフレットに記載のとおりです。この保険は、ご加入者が団体の構成員等であることを加入条件としています。ご加入いただける保険の対象となる方ご本人の範囲等につきましては、パンフレットをご確認ください。ご加入いただける保険の対象となる方ご本人の範囲に該当しない方がご加入された場合、ご加入を取消させていただきますことがあります。

2 基本となる補償および主な特約の概要等



基本となる補償の“保険金をお支払いする主な場合”、“保険金をお支払いしない主な場合”や主な特約の概要等につきましては、パンフレットをご確認ください。

3 補償の重複に関するご注意



保険の対象となる方が、補償内容が同様の保険契約*1を他にご契約されているときには、補償が重複することがあります。補償が重複すると、対象となる事故について、どちらのご契約からでも補償されますが、いずれか一方のご契約からは保険金が支払われない場合があります。補償内容の差異や保険金額をご確認のうえで、ご加入の要否をご検討ください*2。

*1 総合生活保険(傷害補償)以外の保険契約にセットされる特約や東京海上日動以外の保険契約を含みます。

*2 将来、そのご契約を解約されたときや、同居から別居への変更等により保険の対象となる方が補償の対象外になったとき等は、補償がなくなることがありますので、ご注意ください。

4 保険金額の設定



この保険の保険金額は、あらかじめ定められたタイプの中からお選びいただくこととなります。タイプについての詳細はパンフレットをご確認ください。保険金額等の設定は、高額療養費制度や労災保険制度等の公的保険制度を踏まえご検討ください。公的保険制度の概要につきましては、金融庁のホームページ(<https://www.fsa.go.jp/ordinary/insurance-portal.html>)等をご確認ください。

5 保険期間および補償の開始・終了時期



ご加入の保険契約の保険期間および補償の開始・終了時期については、パンフレットをご確認ください。

6 保険料の決定の仕組みと払込方法等

(1) 保険料の決定の仕組み



保険料はご加入いただくタイプ等によって決定されます。保険料については、パンフレットをご確認ください。

(2) 保険料の払込方法



払込方法・払込回数については、パンフレットをご確認ください。

7 満期返れい金・契約者配当金



この保険には満期返れい金・契約者配当金はありません。

II ご加入時におけるご注意事項



1 告知義務

加入申込書等に★や☆のマークが付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)ですので、正確に記載してください(東京海上日動の代理店には、告知受領権があります。)。お答えいただいた内容が事実と異なる場合や告知事項について事実を記載しない場合は、ご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。

※告知事項かつ通知事項には☆のマークが付されています。通知事項については「Ⅲ-1通知義務等」をご参照ください。

なお、告知事項は、お引受けする商品ごとに異なり、お引受けする商品によっては、★や☆のマークが付された事項が告知事項にあたらない場合もあります。お引受けする商品の告知事項は下記①をご確認ください(項目名は商品によって異なる場合があります。)。また、ご加入後に加入内容変更として補償を追加する場合も同様に、変更時点での下記①の事項が告知事項となります。

【告知事項・通知事項一覧】

★:告知事項 ☆:告知事項かつ通知事項

①総合生活保険(傷害補償)

職業・職務等*1が告知事項かつ通知事項(☆)となります。

他の保険契約等*2を締結されている場合はその内容についても告知事項(★)となります。

*1 新たに職業に就いた場合や就いていた職業をやめた場合を含みます。

*2 この保険以外にご契約されている、この保険と全部または一部について支払責任が同一である保険契約や共済契約をいいます。他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。

2 クーリングオフ



ご加入される保険は、クーリングオフの対象外です。

3 死亡保険金受取人



総合生活保険(傷害補償)において、死亡保険金受取人を特定の方に指定する場合は、必ず保険の対象となる方の同意を得てください(指定がない場合、死亡保険金は法定相続人にお支払いします。)。同意のないままにご加入をされた場合、ご加入は無効となります。

死亡保険金受取人を特定の方に指定する場合は、保険の対象となる方のご家族等に対し、この保険へのご加入についてご説明くださいますようお願いいたします。

死亡保険金受取人の指定を希望される場合は、お手数ですが、全老連保険係までお申出ください。

III ご加入後におけるご注意事項



1 通知義務等

【通知事項】

加入申込書等に☆のマークが付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく全老連保険係までご連絡ください。

ご連絡がない場合は、お支払いする保険金が削減されることがあります。なお、通知事項はお引受けする商品ごとに異なり、お引受けする商品によっては、☆のマークが付された事項が通知事項にあたらない場合もあります。お引受けする商品ごとの通知事項は、「Ⅱ-1 告知義務【告知事項・通知事項一覧】」をご参照ください。

【その他ご連絡いただきたい事項】

●すべての商品共通

代表者の住所等を変更した場合は、遅滞なく全老連保険係までご連絡ください。

【ご加入後の変更】

ご加入後、ご加入内容変更や脱退を行う際には変更日・脱退日より前にご連絡ください。また、保険期間中に、本保険契約の加入対象者でなくなった場合には、脱退の手続きをいただく必要がありますが、保険期間の終了時までには補償を継続することが可能なケースがありますので、全老連保険係までご連絡ください。

ご加入内容変更をいただいでから1か月以内に保険金請求のご連絡をいただいた場合には、念のため、全老連保険係に、その旨をお伝えいただきますようお願いいたします。

2 解約される時



ご加入を解約される場合は、全老連保険係までご連絡ください。

・ご加入内容および解約の条件によっては、東京海上日動所定の計算方法で保険料を返還することがあります。返還する保険料の額は、解約理由により異なります。

・返還する保険料があっても、原則として払込みいただいた保険料から既経過期間*1に対して「月割」で算出した保険料を差し引いた額よりも少なくなりま

す。

・満期日を待たずに解約し、新たにご加入される場合、補償内容や保険料が変更となったり、各種サービスを受けられなくなることがあります。

*1 始期日からその日を含めて解約日まで、既に経過した期間をいいます。

3 保険の対象となる方からのお申出による解約



総合生活保険(傷害補償)においては、保険の対象となる方からのお申出により、その保険の対象となる方に係る補償を解約できる制度があります。制度および手続きの詳細については、全老連保険係までご連絡ください。また、本内容については、保険の対象となる方全員にご説明くださいますようお願いいたします。

4 満期を迎えるとき



【保険金請求忘れのご確認】

満期を迎えるときには、保険契約について保険金請求忘れがないか、今一度ご確認をお願いいたします。ご請求忘れや、ご不明な点がございましたら、全老連保険係まですぐにご連絡ください。

IV その他ご留意いただきたいこと



1 個人情報の取扱い

- 保険契約者である企業または団体は引受保険会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。引受保険会社および引受保険会社のグループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。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されています。
 - ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
 - ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
 - ③引受保険会社と引受保険会社のグループ各社または引受保険会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
 - ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、国内外の再保険引受会社等に提供すること
 - ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
 - ⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等(過去の情報を含みます。)をご契約者およびご加入者に対して提供すること詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)および他の引受保険会社のホームページをご参照ください。
- 損害保険会社等の間では、傷害保険等について不正契約における事故招致の発生を未然に防ぐとともに、保険金の適正かつ迅速・確実な支払を確保するため、契約締結および事故発生の際、同一の保険の対象となる方または同一事故に係る保険契約の状況や保険金請求の状況について一般社団法人日本損害保険協会に登録された契約情報等により確認を行っております。これらの確認内容は、上記目的以外には用いませぬ。

2 ご加入の取消し・無効・重大事由による解除について

- ご契約者、保険の対象となる方または保険金の受取人が、暴力団関係者その他の反社会的勢力に該当すると認められた場合には、東京海上日動はご加入を解除することができます。
- その他、約款等に基づき、ご加入が取消し・無効・解除となる場合があります。



3 保険会社破綻時の取扱い等

- 引受保険会社の経営が破綻した場合等には、保険金、返れい金等の支払いが一定期間凍結されたり、金額が削減されることがあります。
- 引受保険会社の経営が破綻した場合には、この保険は「損害保険契約者保護機構」の補償対象となり、保険金、返れい金等は、補償内容ごとに下表のとおりとなります。

保険期間	経営破綻した場合等のお取扱い
1年以内	原則として80%(破綻保険会社の支払停止から3か月間が経過するまでに発生した保険事故に係る保険金については100%)まで補償されます。

4 その他ご加入に関するご注意事項

- 東京海上日動の代理店は東京海上日動との委託契約に基づき、保険契約の締結・契約の管理業務等の代理業務を行っております。したがって、東京海上日動の代理店と有効に成立したご契約については東京海上日動と直接締結されたものとなります。



ご不明な点がありましたら、全老連保険係までご連絡ください。なお、パンフレットにはご加入上の大切なことがらが記載されていますので、ご一読のうえ、加入申込書のコピーと保険料の払込票控とともに保険期間の終了時まで保管してご利用ください。

5 事故が起こったとき

- 事故が発生した場合には、直ちに全老連保険係までご連絡ください。
- 保険金のご請求にあたっては、約款に定める書類のほか、以下の書類または証拠をご提出いただく場合があります。
 - ・印鑑登録証明書、住民票または戸籍謄本等の保険の対象となる方、保険金の受取人であることを確認するための書類
 - ・東京海上日動の定める傷害もしくは疾病の程度、治療内容および治療期間等を証明する保険の対象となる方以外の医師の診断書、領収書および診療報酬明細書等(からだに関する補償においては、東京海上日動の指定した医師による診断書その他医学的検査の対象となった標本等の提出を求める場合があります。)
 - ・他の保険契約等の保険金支払内容を記載した支払内訳書等、東京海上日動が支払うべき保険金の額を算出するための書類
 - ・高額療養費制度による給付額が確認できる書類
 - ・附加給付の支給額が確認できる書類
 - ・東京海上日動が保険金を支払うために必要な事項の確認を行うための同意書
- 保険の対象となる方または保険金の受取人に保険金を請求できない事情があり、保険金の支払いを受けるべき保険の対象となる方または保険金の受取人の代理人がない場合は、保険の対象となる方または保険金の受取人の配偶者*1または3親等内のご親族(あわせて「ご家族」といいます。)のうち東京海上日動所定の条件を満たす方が、保険の対象となる方または保険金の受取人の代理人として保険金を請求できる場合があります。本内容については、ご家族の皆様にご説明くださいますようお願いいたします。
*1 法律上の配偶者に限ります。
- 保険金請求権には時効(3年)がありますのでご注意ください。
- 損害が生じたことにより保険の対象となる方等が損害賠償請求権その他の債権を取得した場合で、東京海上日動がその損害に対して保険金を支払ったときは、その債権の全部または一部は東京海上日動に移転します。

東京海上日動火災保険株式会社

保険の内容に関するご意見・ご相談等は全老連保険係または東京海上日動火災保険株式会社にて承ります。

東京海上日動のホームページのご案内
www.tokiomarine-nichido.co.jp

一般社団法人 日本損害保険協会 そんぽADRセンター(指定紛争解決機関)

東京海上日動火災保険(株)は、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。

東京海上日動火災保険(株)との間で問題を解決できない場合には、同協会に解決の申し立てを行うことができます。

詳しくは、同協会のホームページをご確認ください。(https://www.sonpo.or.jp/)



0570-022808

IP電話からは03-4332-5241をご利用ください。

受付時間：平日 午前9時15分～午後5時

(土・日・祝日・年末年始はお休みとさせていただきます。)



本説明書はご加入いただく保険に関するすべての内容を記載しているものではありません。詳細につきましては、「総合生活保険の約款」に記載しています。必要に応じて、団体までご請求いただくか、東京海上日動のホームページでご参照ください(ご契約により内容が異なっていたり、ホームページに保険約款を掲載していない商品もあります。)。ご不明点等がある場合は、全老連保険係までご連絡ください。

全国老人クラブ連合会 保険係行 2025年度「老連役職員専用傷害保険」加入申込書

※複数人加入の場合一人一枚必要ですので、この加入申込書はコピーしてご使用ください。
加入申込書は保険契約申込書の一部を成します。

代表者(貴会の会長もしくは事務局長)				老人クラブ連合会名		保険料		2枚以上にわたる場合は何枚目か記入		枚					
ご記入日(加入申込日)	西 暦	年	月	日	TEL			円			枚中				
住所						生年月日	西暦	年	月	日	ご加入時の同意内容について 私と加入者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を申込みます。 ①代表者と加入者が保険契約者である全老連に連なる老人クラブ連合会の役職員であること ②重要事項説明書の内容 ③「意向チェックシート」の内容 ④下段の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容				
(番地、マンション名、号室等も記入してください)						性別	男		女						
氏名						私は、 ご加入時の同意内容について を確認し、保険契約者である全老連に対して加入を申込みます。		印		性別	男		女		
ご希望のお取り扱いに○を付けてください						① 4月1日加入		② 5月以降の毎月1日付中途加入		③ 加入者変更		中途加入日		左記②に○をつけた方のみ、こちらもご記入ください。 西暦 年 月 1 日	

ご加入者(保険の対象となる方)																																															
氏名(自署)		(カナ)		代表者からみた続柄		本人		職員		その他		生年月日		大正		昭和		平成		性別		男		女		★他の保険契約等(※)		あり		職員		役員		タイプ													
氏名(漢字)												年		月		日																															
職種級別		A		B		☆職業・職務		右記の「職業・職種」コード一覧の該当番号を記入してください。										職業・職務																													
[A]は事務職等傷害リスクの低い職業の方です。 [B]は傷害リスクの高い職業です。詳細は下記をご覧ください。 ●職種級別Bに該当する主な職種 ・「自動車運転者」、「建設作業者」、「農林業作業者」、「漁業作業者」、「探鉱・採石作業者」、「木・竹・草・つる製品製造作業者」(以上、6職種) ・上記に該当する方は、保険金額が変更になります。								010		事務職		060		建設作業者		020		営業職		070		家事従事者		030		自動車運転者		080		学生		040		運輸従事者		090		無職者		050		金属製造加工作業者		990		その他	
								[990 その他]の場合のみ 具体的に記入してください。																																							

1. 意向チェックシート

本チェックシートは、万一の事故の際に安心して保険をご利用いただけるよう、ご加入いただく保険商品がお客様のご意向に沿った内容であることを確認させていただくためのものです。以下をご確認いただき、すべての回答が「はい」の場合、下段の「意向確認」欄の「はい」に○をご記入のうえ、ご署名ください。

ご確認事項	
①	ご加入を希望されるものは、ケガで入院したり、亡くなった場合等の補償でよろしいですか？ 本保険商品は、病気に関する補償や貯蓄を目的とした保険ではありません。
②	パンフレット・加入申込書にてご案内しておりますご契約タイプ・補償内容等をご確認いただけましたか？
③	パンフレット・加入申込書をご確認いただき、今回ご加入いただく保険が、上記①におけるご希望(ご意向)を満たすことをご確認いただけましたか？ 今回ご加入いただく保険は、以下の点でお客様のご意向に沿っていますか？ ・保険金をお支払いする主な場合・保険期間・保険の対象となる方・保険金額・保険料・保険料払込方法 「重要事項説明書」の内容についてご確認いただけましたか？(特に保険金をお支払いしない主な場合、告知義務・通知義務等、補償の重複に関するご注意についてご確認ください。)
④	加入申込書の「他の保険契約等」欄は正しく告知いただいていますか？ 加入申込書等の「職業・職務等」「職種級別」の内容は正しく記載されていますか？ *職種級別AまたはBに該当する職業例は下記のとおりです。 ○職種級別A:「事務従事者」「販売従事者」等、下記の職種級別Bに該当しない方 ○職種級別B:「自動車運転者」「建設作業者」「農林業作業者」「漁業作業者」「探鉱・採石作業者」「木・竹・草・つる製品製造作業者」(以上6職種)

意向確認	上記の「意向チェックシート」の質問を全てご確認くださいませましたか？ 加入申込書等および重要事項説明書により加入内容が意向に沿ったものであることを確認しましたか？	はい	署名日	(西暦)	年	月	日
			加入者署名欄				

必ず加入者ご本人がご署名ください。(代筆不可)

2. 他の保険契約等(※)

具体的な内容をご記入ください。

(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。

加入者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日(補償の満了する日)	保険金額・支払限度額(ご契約金額)(万円)



★「他の保険契約等」または☆「職業・職務」は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払できないことがありますので、ご注意ください。また、☆「職業・職務」に内容の変更が生じた場合には遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合は保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。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されています。

①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること

②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること

③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること

④再保険契約の締結・更新・管理、再保険金支払等に利用するために、国内外の再保険引受会社等に提供すること

⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等(過去の情報を含みます。)をご契約者およびご加入者に対して提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)をご参照ください。

加入申込書<記入方法>

ご記入日：
加入者署名日以降の日または同じ日を記入

※印の欄は必ずご記入ください

代表者の認印または角印を押印

加入者署名日：
加入者ご本人が実際に署名した日を記入

代表者(貴会の会長もしくは事務局長)														
ご記入日 (加入申込日)	西 暦	※	年	月	日	TEL	※	老人クラブ 連合会名	※	保険料	※ 1人分の 保険料を記入	2枚以上に わたる場合は 何枚目が記入	枚	
住所	〒 (番地、マンション名、号室等も記入してください)					※	生年月日	西暦	※	年	月	日	ご加入に際して 私と加入者全員は、以下の事項について確認・同意の うえ、加入を申込みます。 ①代表者と加入者が保険契約者である全老連に連な る老人クラブ連合会の役員であること ②重要事項説明書の内容 ③「意向チェックシート」の内容 ④下段の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容	
氏名	私は、ご加入に際して を確認し、保険契約者である 全老連に対して加入を申込みます。					※	性別	※	男	女	印			
ご希望のお取り扱いに○を 付けてください	※		① 4月1日加入	② 5月以降の毎月1日付中途加入	③ 加入者変更	※	中途加入日	左記②に○をつけた方のみ、こちらもご記入ください			西暦	年		月

ご加入者(保険の対象となる方)																																											
氏名	(カナ) ※	代表者から みた続柄	本人 ※	職員	その他	生年月日	大正	昭和	平成	性別	男 ※	女	★他の保険 契約等(※)	あり	職員	役員	タイプ	※																									
職種	※	☆職業・職務	※		右記の「職業・職種」コード一覧の 該当番号を記入してください。																																						
職種級別		A ※	B	<p>[A]は事務職等傷害リスクの低い職業の方です。 [B]は傷害リスクの高い職業です。詳細は下記をご覧ください。 ●職種級別Bに該当する主な職種 ・「自動車運転者」、「建設作業者」、「農林業作業者」、「漁業作業者」、 「探鉱・採石作業者」、「木・竹・草・つる製品製造作業者」(以上、6職種) ・上記に該当する方は、保険金額が変更になります。</p> <table border="1"> <tr><th colspan="4">職業・職務</th></tr> <tr><td>010</td><td>事務職</td><td>060</td><td>建設作業者</td></tr> <tr><td>020</td><td>営業職</td><td>070</td><td>家事従事者</td></tr> <tr><td>030</td><td>自動車運転者</td><td>080</td><td>学生</td></tr> <tr><td>040</td><td>運輸従事者</td><td>090</td><td>無職者</td></tr> <tr><td>050</td><td>金属製造加工作業者</td><td>990</td><td>その他</td></tr> </table> <p>[990 その他]の場合のみ 具体的に記入ください。 []</p>																職業・職務				010	事務職	060	建設作業者	020	営業職	070	家事従事者	030	自動車運転者	080	学生	040	運輸従事者	090	無職者	050	金属製造加工作業者	990	その他
職業・職務																																											
010	事務職	060	建設作業者																																								
020	営業職	070	家事従事者																																								
030	自動車運転者	080	学生																																								
040	運輸従事者	090	無職者																																								
050	金属製造加工作業者	990	その他																																								
ご希望の タイプを ご記入 ください。																																											

1. 意向チェックシート

本チェックシートは、万一の事故の際に安心して保険をご利用いただけるよう、ご加入いただく保険商品がお客様のご意向に沿った内容であることを確認させていただくためのものです。以下をご確認いただき、下段の「意向確認」欄の「はい」に○をご記入のうえ、ご署名ください。

ご確認事項	
①	ご加入を希望されるものは、ケガで入院したり、亡くなったりした場合等の補償でよろしいですか？ 本保険商品は、病気に関する補償や貯蓄を目的とした保険ではありません。
②	パンフレット・加入申込書等にてご案内しておりますご契約タイプ・補償内容等をご確認いただけましたか？
③	パンフレット・加入申込書等をご確認いただき、今回ご加入いただく保険が、上記①におけるご希望(ご意向)を満たすことをご確認いただけましたか？ 今回ご加入いただく保険は、以下の点でお客様のご意向に沿っていますか？ ・保険金をお支払いする主な場合・保険期間・保険の対象となる方・保険金額・保険料・保険料払込方法 「重要事項説明書」の内容についてご確認いただけましたか？(特に保険金をお支払いしない主な場合、告知義務・通知義務等、補償の重複に関するご注意についてご確認ください。)
④	加入申込書の「他の保険契約等」欄は正しく告知いただいていますか？ 加入申込書等の「職業・職務等」「職種級別」の内容は正しく記載されていますか？ *職種級別AまたはBに該当する職業例は下記のとおりです。 ○職種級別A:「事務従事者」「販売従事者」等、下記の職種級別Bに該当しない方 ○職種級別B:「自動車運転者」「建設作業者」「農林業作業者」「漁業作業者」「探鉱・採石作業者」「木・竹・草・つる製品製造作業者」(以上6職種)
意向 確認	上記の「意向チェックシート」の質問を全てご確認いた だきましたか？ ※ はい 加入申込書等および重要事項説明書により加入内容が 意向に沿ったものであることを確認しましたか？
署名日	(西暦) ※ 年 月 日
加入者署名欄	※

必ず加入者ご本人がご署名ください。(代筆不可)

2. 他の保険契約等(※)

具体的な内容を記入ください。
(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

加入者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額)(万円)

★「他の保険契約等」または☆「職業・職務」は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払できないことがありますので、ご注意ください。また、☆「職業・職務」に内容の変更が生じた場合には遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合は保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。