

ちゃんと応える
医療保険
EVER

ちゃんと応える
医療保険
Lady's EVER

入院や手術などの保障はもちろん、 さらに「ちゃんと応える医療保険」

入院給付金日額5,000円 保険期間:終身 通院ありプラン

ちゃんと応える医療保険レディースEVER	疾病入院給付金 災害入院給付金	5日未満の入院 一律5日分	2.5万円	一生 涯 保 障	
		5日以上入院 1日につき	5,000円		
	手術 給付金	重大手術	がんに対する開頭・開胸・開腹 手術や心臓への開胸術など 1回につき		20万円
		手術	入院中の手術(重大手術を除く) 1回につき		5万円
			外来による手術(重大手術を除く) 1回につき		2.5万円
	放射線治療 給付金	1回につき	5万円		
	疾病通院給付金 災害通院給付金	1日につき	3,000円		
女性疾病入院特約	女性疾病入院 給付金	日帰り入院から 1日につき	5,000円		

先進医療を保障

総合先進医療特約 先進医療給付金 1回につき 先進医療にかかる技術料のうち **自己負担額と同額 通算2,000万円まで** 自動更新 10年満期

保険期間:10年

新登場! 三大疾病で所定の状態になった場合、以後の保険料はいただきません

三大疾病 保険料払込免除特約

がん(悪性新生物)の場合
がんと診断確定されたとき
急性心筋梗塞・脳卒中の場合
治療を目的として20日以上入院、
または所定の手術を受けたとき

以後の保険料は
いただきません

△ がんの場合、保障の開始まで3カ月の待ち期間(保障されない期間)があります。
※特約は「EVER」「レディースEVER」同時にお申込みの場合、付加できます。

特長1 ー入院保障ー
日帰り入院でも、**5日未満の入院なら「一律5日分」をお支払いします!**
※一定期間内に再入院した場合の入院給付金のお支払いについては「パンフレット」または「契約概要」をご確認ください。

特長2 ー通院保障ー
「入院前60日以内」の通院と「退院後120日以内」の通院を**最高30日まで保障します!**

特長3 ー女性のための保障ー
女性特有の病気で入院した場合、**入院給付金を上乗せして保障します!**
(女性疾病入院特約を付加したレディースEVERの場合)

特長4 ー先進医療の保障ー
高額な自己負担が必要となる場合がある「先進医療」を**手厚く保障します!**
(総合先進医療特約を付加した場合)

特長5 ー保険料の負担に対応ー
三大疾病(がん・急性心筋梗塞・脳卒中)で所定の状態になった場合、**以後の保険料はいただきません。**
(三大疾病保険料払込免除特約を付加した場合)

【月払保険料例】
個別取扱 三大疾病保険料払込免除特約付き
ちゃんと応える医療保険EVER 通院ありプラン 定額タイプ
入院給付金支払限度:60日型 入院給付金日額5,000円 保険料払込期間:終身
女性疾病入院特約 保険料払込期間:終身 総合先進医療特約 保険料払込期間:10年

男性	契約日の満年齢	20歳	30歳	40歳	50歳	60歳
+	EVER	1,583円	2,016円	2,777円	4,471円	7,148円
	総合先進医療特約	102円	103円	106円	113円	123円
女性	契約日の満年齢	20歳	30歳	40歳	50歳	60歳
+	EVER	1,754円	2,139円	2,630円	3,845円	5,678円
	女性疾病入院特約	250円	320円	375円	365円	395円
	総合先進医療特約	102円	106円	111円	114円	116円

※(総合先進医療特約)には更新があり、更新後の保険料は更新時の年齢・保険料率によって決まります。

●保障の対象となる先進医療は厚生労働大臣が認める医療技術で、医療技術ごとに適応症(対象となる疾患・症状など)および実施する医療機関が限定されています。また、厚生労働大臣が認める医療技術・適応症・実施する医療機関は随時見直されます。●記載している保障内容および保険料などは2015年6月22日現在のものです。●詳しくは「契約概要」などをご確認ください。

募集代理店(お問合せ先)
株式会社トータル保険サービス神戸支社
〒650-0021 神戸市中央区三宮町2-5-1
フリーダイヤル:0120-77-3071 フリーファックス:0120-10-4638
兵庫県宅地建物取引業協会様担当:大竹・杉田・水野

引受保険会社
アフラック(アメリカンファミリー生命保険会社)
近畿法人営業部
〒530-0057 大阪市北区曽根崎2-3-5 梅新第一生命ビル6階
お問合せ・各種お手続き コールセンター 0120-5555-95
AFLT01-2015-00033 6月19日(160909)

＜EVER＞＜レディースEVER＞返信カード 提出先(取りまとめ先):**フリー-FAX 0120-10-4638 にてご返送ください**

- ① ご希望の内容に をおつけください。 契約を希望する 資料がほしい 詳しい説明が聞きたい
- 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。(ご家族の方が申し込まれる場合にも、ご本人の欄(太字枠)は必ずご記入ください。)

ご本人さま	お名前	フリガナ 様	性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	現住所	フリガナ 〒.....	連絡先	TEL ()	●ご希望の時間帯 ① いつでもよい ② (曜日) AM PM		
ご家族さま	お名前	フリガナ 様	続柄	性別	生年月日	昭和 平成	年 月 日

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、個人情報当該代理店に提供されることにつき同意します。