

日本歯科医師会団体保険のご案内

（団体総合生活保険）

所得補償

てん補期間
180日・1年・2年

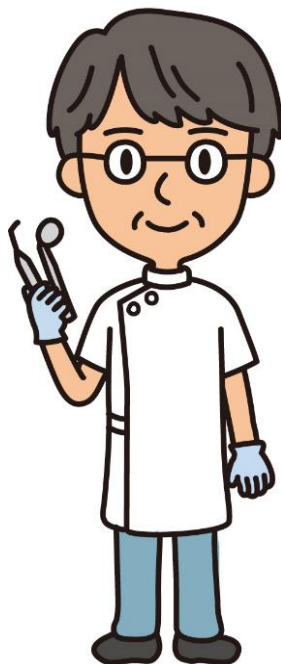
免責期間

0 日

万一の病気・ケガによる就業不能時に、役立つ保険をご用意しました

団体割引
30%
適用

医師の診査
不要



医療保険にない
自宅療養も
カバー

就業不能
初日から
補償

保険期間 : 2022年1月1日午後4時から2023年1月1日午後4時まで1年間

保険料払込方法 : 月払く歯科医師会にお届出の口座より振替いたします。>

募集締切日 : 2021年12月1日

加入方法 : 新規加入をご検討の方は、秋田県歯科医師会までお問い合わせください。

募集締切日後の中途加入も随時受け付けています。

スケジュールは以下のとおりとなります。詳細は代理店までお問い合わせください。

加入依頼書提出	加入者の保険（補償）期間	初回保険料払込日
毎月20日締切	提出締切日の翌月1日午前0時から 2023年1月1日午後4時まで	2022年2月

型		本人型		
職種	歯科医師等(基本級別1級)			
加入限度口数	30口			
所得補償保険金額(月額)	10万円			
精神障害	セット			
天災危険	セット			
通算支払限度期間特約	セット			
タイプ名	1800	1Y	2Y	
免責期間	0日	0日	0日	
てん補期間*1	180日	1年	2年*2	
保険料 (月払)	20~24歳	680円	740円	850円
	25~29歳	760円	830円	970円
	30~34歳	900円	1,000円	1,200円
	35~39歳	1,070円	1,230円	1,550円
	40~44歳	1,280円	1,510円	1,960円
	45~49歳	1,480円	1,770円	2,350円
	50~54歳	1,690円	2,050円	2,750円
	55~59歳	1,760円	2,170円	2,960円
	60~64歳	1,840円	2,270円	3,120円
	65~69歳	1,840円	2,270円	
	70~74歳	2,780円	3,440円	
75~79歳	3,740円	4,630円		
80歳~	5,700円	7,090円		

※所得補償保険金額は、平均月間所得額*3の範囲内、かつ、加入限度口数以下で設定してください。
 ※保険料は保険の対象となる方ご本人の職種や年齢*4によって異なります。表示の保険料は、基本級別1級(歯科医師、事務職等)の方を対象としたものです。それ以外の方は、《お問い合わせ先》までご連絡ください。
 ※保険の対象となる方ご本人としてご加入いただける方は、年齢*4が、1800タイプと1Yタイプは満15歳以上、2Yタイプは満15歳以上満63歳以下の方に限ります。ただし、満60歳以上の方はご加入条件を限定または更新加入をお断りすることもございます。
 就業による収入がなくなった場合や公益社団法人 日本歯科医師会の会員でなくなった場合等は更新できません。

ご加入例



保険料例

男性：40歳
 歯科医師の場合
 1800タイプ：20口

月額補償額 200万円

月額保険料 25,600円

- *1 保険金をお支払いする1事故あたりの限度期間をいいます。
- *2 保険の対象となる方ご本人の年齢*4が64歳以上の場合は、てん補期間2年のタイプにご加入いただくことはできません。
- *3 直前12か月における保険の対象となる方ご本人の所得*5+経費(従業員給与賃金・地代家賃・医療機器リース代・諸会費等)の平均月額をいいます。
- *4 団体契約の始期日時時点の年齢をいいます。
- *5 「加入依頼書等に記載の職業・職務によって得られる給与所得・事業所得・雑所得の総収入金額」から「就業不能の発生にかかわらず得られる収入」および「就業不能により支出を免れる金額」を控除したものをいいます。

お問い合わせ、お申込み、事故の連絡は

◇代理店：株式会社アディックス
 住所：〒010-0941 秋田県秋田市川尻町字大川反170-102 秋田県歯科医師会館内
 TEL：018-823-4734 FAX：018-862-9122

◇保険会社東京海上日動火災保険株式会社
 秋田支店 営業課
 住所：〒010-0001 秋田県秋田市中通2-5-21 秋田東京海上日動ビル3階
 TEL：018-832-9179 FAX：018-832-4982

今すぐ
 FAX
 送信

※お電話でのお問い合わせ、ご加入希望も上記代理店にて承ります。

日本歯科医師会団体保険 お問い合わせ票

(下記に必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込みください。)

ご氏名	生年月日	西暦 年 月 日 満()歳	ご記入日	西暦 年 月 日
ご住所	都道府県		E-mail	@
連絡先お電話	()	連絡先FAX	()	



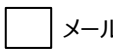
をお付けください。



電話



FAX



メール 連絡が欲しい



加入したい



詳しい説明を聞きたい

当社は、お客様から提供いただいた「お問い合わせ票」記載の個人情報を東京海上日動火災保険株式会社より保険業務の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くことがあります。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。

※このチラシは団体総合生活保険の概要についてご紹介したものです。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。ご不明な点等がある場合には、代理店までご連絡ください。

※保険の対象となる方またはそのご家族が、補償内容が同様の保険契約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。