

申込口数

所得補償共済に

□

口加入します

口数は年間総収入金額(勤労所得による年間所得額)の1/12を目安に設定してください
※平均月間所得が所得補償給付金月額より小さい場合は、給付金は減額して支払われますのでご注意ください。

- 締切日：毎月20日到着分
- 提出：このページを封書に同封して下さい
- 加入日(共済開始)：毎月20日の締切日迄に申込書が到着した場合、翌々月1日

※提出遅延の場合は加入日が遅れることがあります。

告知書

一般社団法人 全国サービスクリエイター協会 御中

＜お申込みいただける方＞お申込日現在、下記の1～3に該当しないで健康で正常に勤務されている方です。

1	最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬をうけたことがありますか？	はい	いいえ
2	過去3年以内に、病気やケガで連続して2週間以上の入院をしたあるいは手術をうけたことがありますか？	はい	いいえ
3	過去に、ガン、脳卒中、心臓病、糖尿病、肺炎腫、腎臓病、肝臓病、リウマチ性関節炎、椎間板障害、関節炎、脊柱管狭窄症、手根管症候群、精神疾患と診断されたり、治療をうけたことがありますか？	はい	いいえ

※質問1～3について「はい」となる項目が一つ以上ある方一お引受けできません。

私は、加入申込に際し、健康状態について上記お申込みいただける方>の告知事項1～3の全項目に該当しませんので、この共済の加入申し込みをします。
なお、告知事項について事実と相違した場合は、共済契約の解除あるいは給付金等の支払いを受けられなくても異議申し立てはしません。

申込日(告知日)	年 月 日	加入者	署名(自署)・捺印
----------	-------	-----	-----------

(ご注意)
①保険期間(中途加入者については、中途加入日より2ヶ月間を要した就業不能については、就業不能の原因となった身体障害について共済給付日(中途加入日より2ヶ月間)に医師の治療を受け、または治療のために療養をしていたときは、給付金をお支払いできません。
②協力・努力・手立および平足の給、その他、意図的なことによる就業不能(身体障害者手帳の交付を受けている場合など)は、その障害を治療後とする就業不能については給付金をお支払いできません。

〒 □□□□-□□□□ フリガナ

住所 都道府県 市区町村 (マンション・アパート等)

性別 ①男 ②女 生年月日 西暦 年 月 日 ご自宅電話番号 ()

①配ぜん 所属紹介所

②社員

③その他

フリガナ 氏名

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書

収納企業 株式会社 アプラス

金融機関コード 支店コード 郵便局

種別コード 種別コード 払込先加入者名 株式会社 アプラス

166 34 払込先口座番号 00920-6-15030

預金種別 口座番号 通帳記号 通帳番号

①普通 ②当座 (右からつめてご記入ください)

1 0 (右からつめてご記入ください)

金融機関印 振替日 27日

発行郵便局日附印

一預金口座振替規定一

- 銀行口座振替依頼書は、私に送附することなく請求書記載金額を預金口座から自動的に引当りしていただくこと、請求書記載または請求書決定日(以下「支払日」)に、請求書額、納付金額の振込または引当りの保証はしません。
- 支払日において請求書記載金額が預金口座から引当りすることが出来ず(口座振替を利用できる範囲内の金額を含む)をこの場合は、私に通知することなく、請求書額を超過して振り込まれず、また、支払日には請求書額が振り込まれても請求書は残ります。
- この契約の解約する時は、私に書面に書面により届けてください。なお、この届出のいすまは期間にわたって引当り請求書は、1ヶ月間の引当りから引当り、その間に引当りしない場合は、銀行にこの契約の終了を申し出て引当り停止を申し立てなければなりません。
- 振替日の変更された場合は、請求書に記載された日をもって有効と見做されません。
- 引当り金額が不足する場合は、不足分は請求書の送附時、または変更のあった請求書日付として改めて振り込まれます。
- この契約の解約については、私に通知してください。銀行の都合による振込停止、銀行の休業による振込停止は、私に通知されません。

振替日(払込開始日) 株式会社アプラスの指定する日(休日の場合は翌営業日)
振替日(払込開始日) 株式会社アプラスの事務終了日

顧客番号

料金の種類 委託者コード 収納委託企業
(一社) 全国サービスクリエイター協会・共済掛金 234598 AJCC

●不備がありましたら、下記担当窓口に○印をつけ、差出人アプラス事務センター口座振替係(〒640-8225 和歌山県久保1-4丁目6番5号久保ビル)にご連絡ください。

金融機関記入欄

1. 印刷番号	2. 日付	捺	
3. 振込先口座	4. 口座振替用印	印	
5. 委託者印	6. 現金取引なし	印	
7. 支払金額	8. その他	印	

配ぜん人求職者の方に大切なお知らせ!!

免責期間0日!

あなたの生活と家族を守ります AJCC所得補償共済

病気・ケガでの入院の備えに! 所得補償共済のお勧め

この共済は、AJCCが直接運営する共済です

AJCCの会員向けサービスとして、求職者は勿論、紹介事業所の従業員の皆様が利用できますので回覧をお願いいたします。お問合せ・資料請求は、お電話・FAXで、AJCC事務局に、いつでもお気軽にお問合せ下さい。加入の契約は、配ぜん人求職者の方々とAJCCが直接契約となりますので、事業主の方々のお手を煩わすことはありません。

新規ご加入は… **18歳～65歳未満** までの方 (70歳まで更新いただけます)

充実した補償内容です! 1ヶ月最大 **300,000円**
6ヶ月で最大 **1,800,000円** の共済金が給付されます。
お手頃な掛金です! (最大6口までご加入いただけます。月額掛金の詳細は中面をご参照ください。)

AJCC加盟会員事業所の配ぜん人求職者と紹介事業所の従業員の方々のご加入いただけます。
健康状態の査定は、申込書の「告知」によって行い **医師による診査はありません!**

この共済の内容に詳しくは、**03-5808-7375** へどうぞ
※平日(月～金)午前10時～午後5時まで
ご購入・ご相談にお答えします。

補償の内容

共済期間：毎年6月1日より1年間(以降毎年自動継続)
 補償期間：6ヶ月間
 免責期間：0日(8日以上就業不能で1日目から)

給付金をお支払いする場合

加入者が、共済期間内に病気やケガを被り、そのため8日以上就業不能状態が続いた場合に、1日目から就業不能期間につき最長6ヶ月間、所定の所得補償給付金をお支払いいたします。

給付金をお支払いできない主な理由

次のような原因により生じた就業不能については給付金をお支払いしません。

- 故意または重大な過失によって被った身体障害
- 自殺行為、犯罪行為または闘争行為によって被った身体障害
- 麻薬、あへん、大麻、または覚せい剤、シンナー等の使用によって被った身体障害
- 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動によって被った身体障害
- 核燃料物質(使用済燃料を含みます。以下同様とします。)もしくは核燃料物質によって汚染された物(原子核分裂生成物を含みます。)の放射性、爆発性その他の有害な特性またはこれらの特性による事故によって被った身体障害
- 頸部症状群(いわゆる「むちうち症」)または腰痛等でもいづれも他覚症状のないもの(原因のいかんを問いません。)
- めまい、吐き気、更年期障害等、他覚症状のないもの
- 法令に定められた運転資格を持たないで、または、酒に酔って正常な運転ができないおそれがある状態で、自動車または原動機付自転車を運転している間に生じた事故によって被った傷害
- 地震、噴火または津波によって被った身体障害
- 地震、噴火もしくは津波に随伴して生じた事故またはこれらに伴う秩序の混乱に基づいて生じた事故によって被った身体障害
- 精神病、精神薄弱、人格異常、アルコール依存および薬物依存等の精神障害
- 妊娠、出産、早産または流産によって被った身体障害
- 感染症によって被った傷害(病原体が体内に侵入、定着、増殖するノロウイルス、O157、インフルエンザ等。)
- 加入前にすでに発病していた疾病、またはケガ(発病時期は自覚症状時期とは関係なく医師の診断によります。)
- 医師免許のない接骨院、針、灸、カイロプラクティクスでの治療による休業(医師の診断書がない場合も同様です。)
- 実際の収入を超える額 など

始期前治療について

この共済契約の加入者が初回加入日から2年以内に就業不能になった場合、その原因となった身体障害について加入日前2年以内に医師等の治療などを受けたり服薬をしていたとき、あるいは通常医師に診察を受ける様な症状が現れていたときは、当協会は給付金を支払いません。

■本共済は配当金および解約返戻金はありません。 ■本共済の掛金は生命保険料控除の対象にはなりません。 ■本共済は1年定期保障で自動更新されます。

※このパンフレットは共済プランをごく簡単に説明しています。詳細は共済約款によります。

事故発生に際して

この共済の対象となる疾病または傷害事故が発生した場合は直ちに当共済事務局へご連絡ください。

事故発生後30日以内にご連絡がない場合は、給付金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。

加入までの流れ

① 申込

告知書の質問にご回答いただき、加入申込書および預金口座振替依頼書に必要事項をご記入・ご捺印の上、毎月20日必着で協会事務局までお申込ください。

② 口座振替および加入日

毎月20日までに加入申込書および口座振替依頼書をご提出いただいた場合、翌月27日に初回掛金をお引落しいたします。またその翌月1日が加入日(補償開始日)となります。

③ 加入者証

加入日から約1ヶ月程度で加入者証、共済約款を発送いたします。加入者証、共済約款の内容を確認した上保管してください。なお、加入日から1ヶ月以上たっても届かない場合はお手数ですが協会までお問い合わせください。

この共済の内容に関するご質問・ご相談にお答えします。

☎ 03-5808-7375 へどうぞ

※平日(月～金)午前10時～午後5時まで



一般社団法人 全国サービスクリエイター協会

〒110-0004 東京都台東区下谷 2-15-12 浅井下谷ビル6F
 TEL 03-5808-7375 FAX 03-5808-7376

病気やケガで働けなくなった時、「所得補償共済」があなたの収入と生活を守ります。

免責期間0日!



所得補償給付金の給付金月額

こんなにも安く、充実した補償内容を得られます!

掛金は1口1,000円からと加入しやすく、充実した補償内容を得ることができます。

	1口	2口	3口	4口	5口	6口
～19歳	143,000	286,000	—	—	—	—
20～24歳	119,000	238,000	300,000	—	—	—
25～29歳	99,000	198,000	300,000	—	—	—
30～34歳	83,000	166,000	249,000	300,000	—	—
35～39歳	74,000	148,000	222,000	300,000	—	—
40～44歳	67,000	134,000	201,000	268,000	300,000	—
45～49歳	60,000	120,000	180,000	240,000	300,000	—
50～54歳	51,000	102,000	153,000	204,000	255,000	300,000
55～59歳	43,000	86,000	129,000	172,000	215,000	258,000
60～64歳	37,000	74,000	111,000	148,000	185,000	222,000
65～70歳	31,000	62,000	93,000	124,000	155,000	186,000

あなたにぴったりの補償プランは…

口数は年間総収入金額(勤労所得による年間所得額)の1/12を目安に設定してください。平均月間所得が所得補償給付金月額より小さい場合は、減額して支払われますのでご注意ください。

年間の税込年収

円

÷ 12 =

月々の補償金額の目安

円

加入口数は、上記の表「所得補償給付金の給付金月額」の年齢別補償金額を参考にし、左記「月々の補償金額の目安」の金額以下の口数を選択してください。

(加入例) Aさん 33歳 年収360万円の場合 $3,600,000円 \div 12 = 300,000円$

30～34歳の枠で加入できる最もぴったりな口数は… 300,000円補償の4口になります。

1口あたりの掛金 1,000円/月

※4口加入した場合、月々の掛金は…
 $4口 \times 1,000円 = 4,000円$ です。

給付金受取例 Bさんの場合

34歳男性です。12年間勤務していたホテルでサービスを終えて、着替えをしていたら突然、脳卒中で倒れ、2ヶ月の入院と、その後4ヶ月間の自宅療養を余儀なくされ、6ヶ月間働けない状態が続きました。



Bさん

月額掛金 1,000円 × 4口 = 4,000円/月

300,000円 × 6ヶ月 = 受取所得補償給付金 1,800,000円

就業不能発生

免責期間0日!

6ヶ月

毎月300,000円が6ヶ月給付されます。

給付金受取例 Cさんの場合

23歳フリーターです。配せん人の派遣事業所から派遣されて、一流ホテルのサービスクリエイターとして月に20日程度働いていました。休日のデート中に交通事故にあい、けがをしました。通院をしながら、自宅でリハビリをし、1ヶ月間働けない状態でした。



Cさん

月額掛金 1,000円 × 2口 = 2,000円/月

238,000円 × 1ヶ月 = 受取所得補償給付金 238,000円

就業不能発生

免責期間0日!

1ヶ月

238,000円が1ヶ月給付されます。