

ブリヂストングループ の皆さまへ



# 医療保険のご案内

## メディカル Kit NEO

変化する医療環境に合った「医療保険」です

### 「簡易告知制度」導入!!

## 簡単な3つの告知(男性は2つ)で 医療保険にお申し込みできます!!

ブリヂストングループにご勤務されている方とそのご家族\*限定で、  
大幅に簡素化した告知書にてお申し込みできます。

基本保障、通院特約をご希望の場合は、質問1、2、3ですべて「いいえ」ならばお申し込みいただけます。

質問1	申込日現在、病気やけがで入院中、または入院か手術をすすめられていますか。	いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	はい <input checked="" type="checkbox"/>
質問2	申込日より過去1年以内に病気で、継続して10日以上入院をしたことがありますか。	いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	はい <input checked="" type="checkbox"/>
質問3	申込日現在、妊娠していますか。(女性のみ)	いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	はい <input checked="" type="checkbox"/>

すべて「いいえ」の場合、お申し込みいただけます。

\* 選択する特約によって追加で告知が必要な場合があります。

※ [ご契約者] < **ブリヂストングループ** > にご勤務されている方  
※ [被保険者] ご契約者本人、配偶者、子、孫、父母、祖父母、兄弟姉妹

ご意向の確認 この保障は、下記の保障を希望されるお客様におすすめの商品です。商品内容がお客様のご希望(ご意向)に沿っているかご確認ください。

	死亡	介護	病気・ケガ(※1)	がん(※2)	貯蓄(※3)
①メディカルKit NEO	—	—	●	—	—

※1 「病気」には、「がん」も含まれます。 ※2 がん以外の病気は含みません。 ※3 貯蓄とは、老後資金準備金等をさします。

お客さまに最適な医療保障をご提案致します。詳しくは担当保険代理店までお気軽にお問合せください。

■保険代理店

ブリヂストンビジネスサービス株式会社

〒104-0031 東京都中央区京橋3丁目1番1号  
東京スクエアガーデン22階

TEL: 03-6836-3563

■引受保険会社

東京海上日動あんしん生命保険株式会社

〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-2-1 東京海上日動ビル新館  
<http://www.tmn-anshin.co.jp>

「あんしんセエメエ」は東京海上日動あんしん生命のキャラクターです。

# 保障内容

メディカルKit NEO 医療総合保険(基本保障・無解約返戻金型)(無配当)  
1入院60日型、手術給付金および放射線治療給付金の給付倍率の型:Ⅲ型、通院特約、初期入院保障特則

メディカルKit NEO

保険金・給付金などの種類	どんなとき	給付金額
<b>基本の保障</b> <b>入院</b> 疾病入院給付金 災害入院給付金  <b>手術・放射線治療</b> 手術給付金 放射線治療給付金 約1,000種類の手術に対応	病気や不慮の事故によるケガで所定の入院をされたとき  病気やケガで公的医療保険制度の給付対象である所定の手術・放射線治療を受けられたとき 何度でも 骨髄等の採取術は責任開始日からその日を含めて1年を経過した日以後に行われた手術につき、保険期間を通じて1回を限度とします。放射線治療は60日間に1回を限度とします。お支払回数に制限のある手術や対象外の手術があります。	1日につき <b>5,000円</b> 1入院につき60日まで、 通算支払限度日数1,095日 初期入院保障特則を付加した場合、初期入院保障特則の対象となる入院をしたときは、日数に応じた上記給付金はお支払いしません。
	入院前 <b>60日以内</b> 退院後 <b>180日(730日※1)以内</b>	1日につき <b>3,000円</b> 1入院につき30日まで、 通算支払限度日数1,095日
<b>オプション</b> <b>入院</b> 初期入院保障特則	病気やケガで1~9日間の所定の入院をされたとき	一律 <b>5万円</b>

※1 入院の原因となった疾病が、がん、心疾患※2、脳血管疾患の場合は730日以内。 ※2 「心疾患」には高血圧性心疾患は含まれません。

## 保険料例

通院特約 初期入院保障特則 を付加した場合

### 月払保険料表(男性・女性)

(口座振替扱)  
(単位:円)

保険期間・保険料払込期間:終身 入院給付金日額5,000円 通院特約 通院給付金日額3,000円  
初期入院保障特則あり (2018年3月現在)

ご契約年齢	0歳	10歳	20歳	30歳	40歳	50歳	60歳	70歳
男性	1,383	1,253	1,403	1,849	2,619	3,929	5,916	8,713
女性	1,331	1,360	1,648	1,971	2,258	3,104	4,523	6,818

このチラシは医療保険メディカルKit NEOの概要を説明したものです。詳細はパンフレット、契約概要、注意喚起情報、ご契約のしおり・約款をご覧ください。

点線に沿って切り取りください。

## 加入希望書

下記の事項をご記入のうえ、代理店住所へご返信ください。

●ご希望の項目に☑チェックしてください。(複数回答可)

契約を希望する ( 通院特約 **あり** **なし** ) ( 初期入院保障特則 **あり** **なし** )

他のプランを知りたい  現在、保険の契約は考えていない  説明が聞きたい  がん保険について知りたい

●必要事項をご記入ください。

お名前	フリガナ		生年月日	平成	昭和	性 別	男性	女性
	様			年	月		日	
ご住所	〒	フリガナ	勤務先名					
	都道府県		部署名					
社員番号			メールアドレス					
日中連絡の取れる電話番号	( )	-	内線番号					

●その他ご要望等がありましたらご記入ください。

通信欄	
-----	--

※当社は、お客様から提供いただいた個人情報を生命保険およびこれに付帯・関連するサービスの提供等の業務の遂行に必要な範囲で利用します。その他の目的に利用することはありません。