



あんしん相談室をご利用いただき
施設に入居された方(ご希望の方)全員が対象^(※)

※対象となる老人ホームは相談員にお尋ねください。

施設に入居した後も、あんしん。施設内外でのケガによる
入院費用を1年間、無料で保障

ご存知でしたか?



85歳の損害入院率は50歳代前半と比較して
女性:約13倍 男性:約4倍にもなります!

「入居後、老人ホームの勝手が分からず怪我をしてしまい高額な入院費が…」
そんな利用者様の声から誕生しました。

あんしん相談室だけの特典

入居後のサポート
無料でお付けします!

高齢者向け住宅入居者 損害入院特約付 介護サポート総合保険

入居後あんしん保障

24時間、365日、あなたをケガからお守りします。



1年間入院費を最大80万円まで補償!



施設自室内でトイレに移動中に転倒 83歳 女性
大腿骨頸部骨折・手術と治療目的で21日間の入院

→ 保険金：5万4000円

施設内でシルバーカーから転落 80歳 女性
左大腿骨頸部骨折・手術と治療目的で26日間の入院

→ 保険金：6万8000円

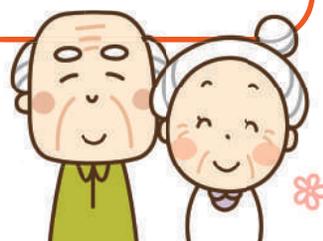
施設自室内で移動中に転倒 81歳 男性
大腿骨転子部骨折・手術と治療目的で8日間の入院

→ 保険金：6万3000円

食べ物を喉に詰まらせて治療入院 98歳 男性
治療目的で10日間の入院

→ 保険金：4万7000円

無料保険の申込みご希望の方は、チラシの裏面をご覧ください!



↑ 返信用FAX番号 ☎ 050-3737-9426 ↑

高齢者向け住宅入居者 損害入院特約付 介護サポート総合保険

入居後あんしん保障 申込書

下記「ご注意事項」を必ずお読みになった上、ご署名後、当紙を上記FAX番号にお送りください。

ご注意事項【必ずお読みください】

保険の加入条件について

- 入居者年齢（入居日時点）が60歳以上95歳未満、入居先施設が有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、認知症高齢者グループホームの場合に限ります。

保険の加入申込みについて

- 初年度の保険契約者は「シニアのあんしん相談室」となりますので相談者様、あるいはご入居者様でのお申込み手続きはございません。また、初年度保険料のお支払いもございません。
- 保険の被保険者、保険金受取人はご入居者様となります。
- お申込みから保険の適用開始までにお時間がかかる場合がございます。入居開始日より保険の適用をご希望の場合は、入居日が決まり次第お早めにお申込みください。

保険の適応について

- 無料での保険適応期間は老人ホームへの入居日より1年間となります。
- ご入居後にご退去、お部屋の移動、施設の移転などがあつた際には必ずご連絡ください。ご連絡をいただけなかった場合、また、ご退去、ご移転先の施設の状況等により保険適応外となる場合もございますので、あらかじめご了承ください。

保険の更新について

- 2年目以降の更新には契約者の名義を変更する手続きが必要となります。
- 更新時期までに十分な期間をもってご相談者様、あるいはご利用者様に更新のご案内をいたします。
- 更新時期の1ヶ月前までにご相談者様、あるいはご利用者様への契約者の名義変更手続きがなされていない場合は2年目以降において保険は継続せず自動的に解約となりますので予めご了承ください。
- 2年目以降の更新は任意です。プランをお選びいただき有料にて承ります。

入居者様の同意について

- 入居後あんしん保険の被保険者になる旨を、入居者様に同意いただいた上での申込みとなります。

お申込み完了のご連絡について

- 1ヶ月～2ヶ月後、ご相談時に登録いただいたご住所に「契約お引き受けのご案内」を郵送いたします。ご不明な点はシニアのあんしん相談室（0120-371-652）までご連絡ください。

①お申込み

「入居後あんしん保険」ご希望の場合
【相談者様 ⇒ あんしん相談室】

同意書のご署名欄に記入後
FAXにてご返信

②入居日より1年無料保障

入居日が確定
【相談者様 ⇒ あんしん相談室】

入居日のご連絡
入居日より1年間無料で保障

③ご希望の方は任意で更新

更新のお手続きのご案内。以降は年間6,500円の保険料がかかります。継続任意。【あんしん相談室 ⇒ 相談者様】

継続しない ⇒ 自然解約（お手続き不要）
継続する ⇒ 更新のお手続きをご案内

※「シニアのあんしん相談室」での保険加入にあたり、相談者様には上記ご注意事項を確認のうえ、同意のご署名をいただいております。

| | | | |
|---------|--|------|--------------|
| 入居者のお名前 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 施設名 | | 部屋番号 | 入居日 年 月 日 |

| | | | |
|--------|--|-----|-------|
| 同意のご署名 | | 記入日 | 年 月 日 |
|--------|--|-----|-------|

返信用FAX番号 ▶ ☎ 050-3737-9426