

ライフスタイルに合わせて選べる

野村の団体保険 [損害保険]



(注) 下記事例でも、事故状況等により、法律上の損害賠償責任が発生しない場合は保険金のお支払対象とはなりませんのでご注意ください。



申込締切日

2023年
7月25日(火)
必着

保険期間 (ご契約期間) | 2023年10月1日 午後4時から1年間

加入申込票提出先 | 野村不動産ソリューションズ株式会社 保険営業部

保険料の払込み | 2023年12月より給与天引き開始

■交通災害保険 | 加入する場合は加入申込票にご記入・ご署名のうえ提出 ※加入申込票のご提出がない場合は補償されませんのでご注意ください。

■基本プラン (ケガの補償) [旧安全会] ■オプション (医療セット、スタンダードパック、ゴルフパック、レジャーパック、親介護セット)
■所得補償保険 ■GLTD

新規	加入申込票にご記入・ご署名のうえ提出
変更	加入申込票の変更部分を二重線で抹消し、変更後内容を余白に記入・ご署名のうえ提出
継続	前年同プランで継続の場合、加入申込票は提出不要 ※前年度ご加入 (継続) の方につきましては、特段お申し出のない限り自動継続となりますので、加入申込票のご提出は不要です。
脱退	加入申込票に記載の該当の被保険者ご本人氏名を二重線で抹消し、二重線の上にご署名のうえ提出

野村の団体保険 [損害保険]

4つの補償

補償

1

交通事故等による
ケガを補償

補償

2

日常生活での
ケガを補償

※交傷型の場合は交通事故等によるケガのみ補償

まずは基本プランを選択

+

オプション

3

オプションプランで
より充実した補償

補償

4

就業障害になった時
の収入を補償

このパンフレットの見方



P.24 ページの **保険設計シート** を
使いながら、保険料をご確認いただき、
プランをお決めください。

野村の団体保険 [損害保険] はライフスタイルに合わせて
4つの補償からお選びいただけます。
この機会に、ぜひ補償内容をご検討ください。

こんな時に
お役に立ちます



車に
はねられた



自転車運転中
転倒してケガをした



電車のドアに手を
はさまれケガをした



駅のホームで
転んでケガをした

交通事故等による
ケガを補償

▶▶P05

こんな時に
お役に立ちます



学校で
体育の時間
ケガをした



自転車を運転中
転倒して
ケガをした



自転車運転中
通行人に
ケガをさせた^(注)

家族のかたち
に合わせて補償を
選択できて安心

家族型

夫婦型

本人型



(注) 左記事例でも、事故状況等により、法律上の損害賠償責任が発生しない場合は保険金のお支払対象とはなりませんのでご注意ください。

日常生活での
ケガを補償

▶▶P07

こんな時に
お役に立ちます

医療セット



ケガだけでなく
病気も心配

親介護セット



両親のために
補償を追加したい

スタンダードパック



万一の時に
弁護士等に相談したい

ゴルフパック

ホールインワン
を達成した



レジャーパック
救援者費用等保険金
受託物賠償責任保険金

オプションプランで
より充実した補償

▶▶P09

こんな時に
お役に立ちます



ケガや病気で長期間
働けなくなった



休職中の所得を補償
(生活費・教育費等)



住宅ローンの返済不安
を少なくしたい

就業障害になった時
の収入を補償

▶▶P13

おすすめプラン



A子さん(25才)

このようなご要望のお客様におすすめのプラン

- 扶養家族はいないので補償はシンプルにしたい
- 女性ならではの補償に興味あり

保険種類	タイプ	補償内容	月払保険料
交通災害保険	[S]	傷害死亡・後遺障害保険金額 3,700千円	700円 ^(※) <small>※交通災害保険は一時払</small>
基本プラン	基本プラン (本人型) [ケ]	傷害死亡・後遺障害保険金額	4,375千円
		傷害入院保険金日額	5,000円
		傷害手術保険金額	5万円・2.5万円
		傷害通院保険金日額	3,800円
		天災危険補償	あり
	オプション 医療セット [P5]	日常生活賠償保険金額	1億円
		疾病入院保険金日額	10,000円
		疾病手術保険金額	10万円・5万円
		疾病放射線治療保険金額	10万円
		成人病2倍支払特約	—
女性形成治療保険金額	50万円	680円	

上記補償を 月払 **2,030円** でご加入いただけます。

(※) 交通災害保険は一時払のため、除いてます。詳しくは交通災害保険のページをご覧ください。



C男さん(34才)

このようなご要望のお客様におすすめのプラン

- 自分だけではなく家族の補償も追加したい
- 週末はレジャーでリフレッシュ
- 働けなくなった時の収入の補償を準備したい

保険種類	タイプ	補償内容	本人	配偶者	親族	月払保険料	
交通災害保険	[A]	傷害死亡・後遺障害保険金額	8,450千円	—	—	2,700円 ^(※) <small>※交通災害保険は一時払</small>	
		傷害入院保険金日額	3,500円	—	—		
		傷害手術保険金額	3.5万円・1.75万円	—	—		
		傷害通院保険金日額	1,500円	—	—		
基本プラン	基本プラン (家族型) [ウ]	傷害死亡・後遺障害保険金額	6,100千円	2,525千円	2,250千円	3,540円	
		傷害入院保険金日額	8,200円	5,500円	3,200円		
		傷害手術保険金額	8.2万円・4.1万円	5.5万円・2.75万円	3.2万円・1.6万円		
		傷害通院保険金日額	4,100円	2,700円	1,800円		
		天災危険補償	あり	あり	あり		
	オプションレジャーパック [LF1]	日常生活賠償保険金額	1億円	—	—	70円	
		救済者費用等保険金額	—	300万円	—		
		受託物賠償責任保険金額	—	30万円	—		
	GLTD	[M1]	収入補償(1口)	5万円	—	—	464円

上記補償を 月払 **4,074円** でご加入いただけます。

(※) 交通災害保険は一時払のため、除いてます。詳しくは交通災害保険のページをご覧ください。

ライフスタイルに合わせてお選びいただけます。

B男さん(28才)



このようなご要望のお客様におすすめのプラン

- ゴルフが好き
- ケガが心配なので補償を厚くしたい

保険種類	タイプ	補償内容	月払保険料
交通災害保険	[S]	傷害死亡・後遺障害保険金額	3,700千円
基本プラン	基本プラン (本人型) 「ク」	傷害死亡・後遺障害保険金額	9,480千円
		傷害入院保険金日額	10,000円
		傷害手術保険金額	10万円・5万円
		傷害通院保険金日額	7,200円
		天災危険補償	あり
		日常生活賠償保険金額	1億円
	オプションゴルフパック 「GM1」	ホールインワン・アルバトロス費用保険金額	100万円
	オプションスタンダードパック 「SM1」	携行品損害保険金額	70万円
		弁護士費用	あり
			2,610円
			610円
			460円

上記補償を 月払 **3,680円** でご加入いただけます。

(※) 交通災害保険は一時払のため、除いてます。詳しくは交通災害保険のページをご覧ください。

D子さん(45才)
D子さん 父(70才)



このようなご要望のお客様におすすめのプラン

- ケガだけでなく病気の補償も欲しい
- 親の介護が心配

保険種類	タイプ	補償内容	月払保険料
交通災害保険	[S]	傷害死亡・後遺障害保険金額	3,700千円
基本プラン	基本プラン (本人型) 「ケ」	傷害死亡・後遺障害保険金額	4,375千円
		傷害入院保険金日額	5,000円
		傷害手術保険金額	5万円・2.5万円
		傷害通院保険金日額	3,800円
		天災危険補償	あり
		日常生活賠償保険金額	1億円
	オプション 医療セット 「P1」	疾病入院保険金日額	10,000円
		疾病手術保険金額	10万円・5万円
		疾病放射線治療保険金額	10万円
	オプション 親介護セット 「OM2」	親介護一時金額(親70才)	200万円
			700円 ^(※) <small>※交通災害保険は一時払</small>
			1,350円
			1,030円
			890円

上記補償を 月払 **3,270円** でご加入いただけます。

(※) 交通災害保険は一時払のため、除いてます。詳しくは交通災害保険のページをご覧ください。

国内・海外を問わず、乗物に乗っている時の事故、
乗物との衝突・接触などの事故、
駅構内^(注1)での事故による、ケガを補償します！

団体割引
+
損害率による割引
+
大口契約割引
52.75%

交通災害保険

傷害補償 (MS&AD型) 特約セット 団体総合生活補償保険

大切なお知らせ

今回の募集から「交通災害保険」の保険料補助がなくなります。お支払いいただく保険料が全額個人負担となるため、2023年度の募集につきましては自動継続を行いません。
ご継続いただける場合、必ずパンフレット記載の補償内容、保険料表をご確認のうえお申し込みください。加入申込票のご提出がない場合は補償がなくなりますのでご注意ください。

こんな時にお役に立ちます



車にはねられた



自転車運転中
転倒してケガをした



電車のドアに
手をはさまれ
ケガをした



駅のホーム (駅構内) で
転んでケガをした

(注1) 駅構内とは、駅の改札口から入ってから出るまでの改札口の内側をいいます。

特長

1

一般の契約より保険料が**約52%割安**^(注2)です。

(注2) 約52%割安とは、団体割引30%、損害率による割引25%、大口契約割引10%を連乗したものです。

2023年度7月募集での加入者数によって、2024年10月始期契約の割引率が変わり保険金額が変更となる可能性がございますので、ご了承ください。

特長

2

業務上・業務外、国内・国外を問わず**交通事故**や**交通乗用具 (電車・バス・自動車等) の火災**によるケガを補償します。

特長

3

保険金は**健保、労災、生保、自賠責、賠償金**などとは関係なくお受け取りになれます。

引受限度額が年令により下記の通り決まっております。
基本プランや他社契約分とあわせて下記を合計限度額として加入をご検討ください。

保険金の種類	0才~14才	15才以上
傷害死亡・後遺障害保険金額	5,000万円	2億円
傷害入院保険金 (日額)	15,000円	30,000円
傷害通院保険金 (日額)	10,000円	20,000円



次のステップに沿ってご検討ください

STEP 1 補償範囲を選択してください。

① 家族も安心の死亡補償

傷害死亡・後遺障害
 傷害手術
 傷害入院
 傷害通院

タイプ：S

② 手術や入院にも備えたい


傷害死亡・後遺障害
 傷害手術
 傷害入院
 傷害通院

タイプ：A、B、C、D、E、F

STEP 2

被保険者（補償の対象となる方）の範囲をご確認ください。

役員・社員ご本人



STEP 3 保険金額を選択してください。 下表をご確認いただき、加入タイプをお決めください。

- 傷害入院保険金支払対象期間・支払限度日数60日
- 傷害通院保険金支払対象期間180日・支払限度日数30日
- 免責期間0日(入・通院)
- 交通事故危険のみ補償特約セット

一時払保険料

タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> F
傷害死亡・後遺障害保険金額	3,700千円	8,450千円	14,650千円	19,850千円	22,600千円	25,850千円	30,990千円
傷害入院保険金日額	—	3,500円	7,500円	12,000円	17,000円	21,000円	25,000円
傷害手術保険金	—	傷害入院保険金日額の10倍・5倍					
傷害通院保険金日額	—	1,500円	3,000円	5,000円	7,000円	9,000円	11,000円
一時払保険料	700円	2,700円	5,000円	7,420円	9,420円	11,420円	13,780円

※1 団体割引30%、損害率による割引25%、大口契約割引10%を適用しています。前契約と異なり、全額自己負担となりますので、ご注意ください。
 ※2 補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。

2023年度7月募集での加入者数によって、2024年10月始期契約の割引率が変わり保険金額が変更となる可能性がありますので、ご了承ください。

国内・海外を問わず、**お仕事中や日常生活中・レジャー中**に
おける**さまざまな事故**によるケガを補償します！

※交傷型の場合は交通事故等によるケガのみ補償

団体割引
+
損害率による割引
47.5%

基本プラン (ケガの補償)

旧野村安全会

傷害補償 (MS&AD型) 特約セット 団体総合生活補償保険

こんな時にお役に立ちます



学校で
体育の時間
ケガをした



自転車を運転中
転倒して
ケガをした



料理中に
ヤケドをした



地震でタンスの
下敷きになり
ケガをした



自転車運転中
通行人に
ケガをさせた^(注1)



飼い犬が他人に
ケガをさせた^(注1)

(注1) 上記事例でも、事故状況等により、法律上の損害賠償責任が発生しない場合は保険金のお支払対象とはなりませんのでご注意ください。

特長

1

日常生活賠償^(注2)の補償は「**1億円**」！

自転車の事故による賠償も補償します。

さらに国内のみ**示談交渉サービス**付^(注3)です。

(注2) 偶然な事故により他人にケガをさせたり、他人の物をこわしたり、日本国内において電車等が運行不能となったことで、法律上の損害賠償責任を負担することになった場合に補償します。(免責金額0円)

(注3) 話し合いで解決が困難な場合等、引受保険会社は必要に応じ被保険者の同意を得たうえで弁護士に対応を依頼することがあります。

特長

2

日常生活中はもちろん

地震・噴火・津波等の天災によるケガも補償します。

特長

3

ケガによる**入院・通院を1日目**から
補償します。

特長

4

オプションを追加することにより、
さまざまな補償を受けられます。

オプションについては
P. 9 以降を
ご確認ください。

引受限度額が年齢により下記の通り決まっております。

交通災害保険や他社契約分とあわせて下記を合計限度額として加入をご検討ください。

保険金の種類	0才～14才	15才以上
傷害死亡・後遺障害保険金額	5,000万円	2億円
傷害入院保険金(日額)	15,000円	30,000円
傷害通院保険金(日額)	10,000円	20,000円



次のステップに沿ってご検討ください

STEP 1 補償範囲を選択してください。

※交通事故等によるケガに備えるプランです。
日常生活でのケガの補償を希望の場合は①をお選びください。

① 日常生活全てのケガに備えたい

傷害死亡・後遺障害 傷害入院 傷害通院
傷害手術 天災危険補償 日常生活賠償

タイプ:ア、イ、ウ、エ、オ、カ、キ、ク、ケ

② 交通事故によるケガに備えたい

傷害死亡・後遺障害 傷害入院 傷害通院
傷害手術 天災危険補償 ~~日常生活賠償~~

タイプ:5、4、3、2、1

STEP 2 被保険者(補償の対象となる方)の範囲を選択してください。

家族型

右記本人型の①～④からお選びいただいた方を「被保険者本人」とする「家族」です。

タイプ:ア、ウ、オ

夫婦型

右記本人型の①～④からお選びいただいた方を「被保険者本人」とする「夫婦」です。

タイプ:イ、エ、カ

本人型

以下①～⑥からお選びいただいた方「ご本人」です。
①役員・社員ご本人(以下ご本人といいますが) ②ご本人の配偶者 ③ご本人または配偶者のごども ④ご本人の両親および兄弟姉妹(配偶者の両親、兄弟姉妹を含みます) ⑤ご本人と同居している親族

タイプ:キ、ク、ケ

本人型(交傷型)

以下①～⑥からお選びいただいた方「ご本人」です。
①役員・社員ご本人(以下ご本人といいますが) ②ご本人の配偶者 ③ご本人または配偶者のごども ④ご本人の両親および兄弟姉妹(配偶者の両親、兄弟姉妹を含みます) ⑤ご本人と同居している親族

タイプ:5、4、3、2、1

※1 家族とは、ご本人およびご本人の配偶者、親族(ご本人またはその配偶者の同居の親族(6親等内の血族および3親等内の姻族)・別居の未婚(これまでに婚姻歴がないことをいいます)の子)をいいます。

※2 日常生活賠償の被保険者(補償の対象となる方)は、被保険者ご本人、被保険者ご本人の配偶者、被保険者ご本人またはその配偶者の同居の親族(6親等内の血族および3親等内の姻族をいいます)、被保険者ご本人またはその配偶者の別居の未婚(これまでに婚姻歴がないことをいいます)の子となります。

*被保険者が責任無能力者の場合、その方に関する事故については、その方の親権者、その他の法定監督義務者および監督義務者に代わって責任無能力者を監督する親族を被保険者とします。

STEP 3 保険金額を選択してください。下表をご確認いただき、加入タイプをお決めください。

月払保険料

■傷害入院保険金支払対象期間・支払限度日数180日 ■傷害通院保険金支払対象期間180日・支払限度日数90日
■免責期間0日(入・通院) ■天災危険補償特約セット ■交通事故危険のみ補償特約セット(交傷型の場合)

➔ 一人分の補償のみ必要な方はこちらのプランをご検討ください。

タイプ	基本プラン(本人型)			基本プラン(交傷型)				
	キ	ク	ケ	5	4	3	2	1
傷害死亡・後遺障害保険金額	11,285千円	9,480千円	4,375千円	43,550千円	35,300千円	23,550千円	13,500千円	4,045千円
傷害入院保険金日額	15,000円	10,000円	5,000円	18,000円	14,500円	13,000円	9,500円	7,000円
傷害手術保険金	傷害入院保険金日額の10倍・5倍			傷害入院保険金日額の10倍・5倍				
傷害通院保険金日額	10,000円	7,200円	3,800円	12,000円	9,400円	7,900円	6,000円	3,500円
天災危険補償	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
日常生活賠償保険金額	1億円	1億円	1億円	-	-	-	-	-
月払保険料	3,490円	2,610円	1,350円	2,500円	2,000円	1,500円	1,000円	500円

➔ ご家族が2人以上の方はこちらのプランをご検討ください。

タイプ	基本プラン(家族型)			基本プラン(夫婦型)		
	ア	ウ	オ	イ	エ	カ
傷害死亡・後遺障害保険金額	9,400千円	6,100千円	4,000千円	24,195千円	16,725千円	14,295千円
傷害入院保険金日額	12,000円	8,200円	5,200円	12,000円	7,600円	4,400円
傷害手術保険金	傷害入院保険金日額の10倍・5倍			傷害入院保険金日額の10倍・5倍		
傷害通院保険金日額	8,000円	4,100円	2,300円	7,500円	3,850円	2,100円
天災危険補償	あり	あり	あり	あり	あり	あり
傷害死亡・後遺障害保険金額	6,800千円	2,525千円	2,050千円	17,495千円	11,550千円	8,770千円
傷害入院保険金日額	7,500円	5,500円	4,200円	9,000円	5,800円	3,500円
傷害手術保険金	傷害入院保険金日額の10倍・5倍			傷害入院保険金日額の10倍・5倍		
傷害通院保険金日額	3,500円	2,700円	1,900円	4,500円	2,900円	1,800円
天災危険補償	あり	あり	あり	あり	あり	あり
傷害死亡・後遺障害保険金額	4,500千円	2,250千円	1,800千円	-	-	-
傷害入院保険金日額	5,400円	3,200円	2,300円	-	-	-
傷害手術保険金	傷害入院保険金日額の10倍・5倍			-	-	-
傷害通院保険金日額	2,650円	1,800円	1,100円	-	-	-
天災危険補償	あり	あり	あり	-	-	-
日常生活賠償保険金額	1億円	1億円	1億円	1億円	1億円	1億円
月払保険料	5,890円	3,540円	2,370円	6,120円	3,890円	2,790円

※1 団体割引25%、損害率による割引30%を適用しています。

※2 補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。



オプション

基本プランにご加入いただいた方が追加で加入できる**オプション**です。

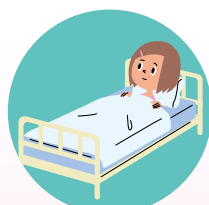
団体割引
+
損害率による割引
47.5%

病気によって入院した場合に、
入院費用を含めたさまざまな医療費用を補償します。

医療セット

疾病補償特約セット
団体総合生活補償保険

こんな時にお役に立ちます



病気で入院した



病気で手術を受けた



成人病で入院した



外反母趾などの
変形形成術を受けた

成人病2倍支払

女性形成治療

特長

1

社員ご本人だけでなく、
その**ご家族（配偶者・子ども・両親等）**も
加入することができます。

特長

2

日帰り入院も補償します。

特長

3

女性ならではのプランも
ご選択いただけます。

※右記10ページ、STEP3のタイプ(P5)をご覧ください。

特長

4

**医師の診査なしで簡単な健康状態
告知のみ**でご加入できます。

※被保険者となられる方の健康状態について別紙の「健康状態告知についてのご案内」および「健康状態告知書
質問事項および健康状態告知書質問事項回答欄（被保険者ご本人用）記入要領」を参照し、健康状態告知書
質問事項回答欄にご記入のうえ、ご署名ください。該当する病名がない方は、質問2の「はい」に○をして病名を
カナでご記入ください。女性の方のみ質問3への回答が必須となります。



引受限度額が年齢により下記の通り決まっております。
他社契約分とあわせて下記を合計限度額として加入をご検討ください。

保険金の種類	生後15日以上15才未満	15才以上
疾病入院保険金（日額）	20,000円	30,000円

次のステップに沿ってご検討ください

STEP 1 補償範囲を選択してください。

① 病気による入院・手術に備えたい

疾病入院 疾病手術
 疾病放射線治療 成人病2倍支払
~~女性形成治療~~

タイプ:P1、P2

② 成人病にも備えたい

疾病入院 疾病手術
 疾病放射線治療 成人病2倍支払
~~女性形成治療~~

タイプ:P3、P4

③ 女性ならではの治療にも備えたい

疾病入院 疾病手術
 疾病放射線治療 ~~成人病2倍支払~~
 女性形成治療

タイプ:P5

STEP 2 被保険者(補償の対象となる方)の範囲を選択してください。

ご本人

以下①～⑤からお選びいただいた方「ご本人」です。(新規・継続のご加入は、保険始期日時時点の満年齢が0才(生後15日以上)から満69才までとなります。)

- ① 役員・社員ご本人(以下ご本人といいます) ② ご本人の配偶者 ③ ご本人または配偶者のごども
 ④ ご本人の両親および兄弟姉妹(配偶者の両親、兄弟姉妹を含みます) ⑤ ご本人と同居している親族

STEP 3 保険金額を選択してください。下表をご確認いただき、加入タイプをお決めください。

■ 疾病入院保険金支払対象期間1,095日・支払限度日数180日 ■ 免責期間0日(入院)
 ■ 特定精神障害補償特約自動セット

月払保険料

タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> P1	<input checked="" type="checkbox"/> P2	<input checked="" type="checkbox"/> P3	<input checked="" type="checkbox"/> P4	<input checked="" type="checkbox"/> P5(女性用)	
疾病入院保険金日額	10,000円	5,000円	10,000円	5,000円	10,000円	
疾病手術保険金額	10万円・5万円	5万円・2.5万円	10万円・5万円	5万円・2.5万円	10万円・5万円	
疾病放射線治療保険金額	10万円	5万円	10万円	5万円	10万円	
成人病2倍支払特約(注1)	—	—	あり	あり	—	
女性形成治療保険金額(注2)	—	—	—	—	50万円	
被保険者本人の 年齢別保険料 [保険始期日 時点の満年齢]	0才(生後15日以降)~4才	1,280円	640円	1,340円	670円	1,340円
	5~9才	420円	210円	450円	230円	480円
	10~14才	360円	180円	390円	200円	420円
	15~19才	310円	150円	340円	160円	370円
	20~24才	400円	200円	430円	210円	460円
	25~29才	620円	310円	660円	330円	680円
	30~34才	780円	390円	850円	420円	840円
	35~39才	830円	410円	960円	470円	890円
	40~44才	820円	410円	1,000円	500円	880円
	45~49才	1,030円	520円	1,330円	670円	1,090円
	50~54才	1,500円	750円	2,060円	1,030円	1,560円
	55~59才	2,140円	1,070円	3,030円	1,510円	2,200円
60~64才	3,190円	1,600円	4,570円	2,290円	3,250円	
65~69才	4,540円	2,270円	6,550円	3,270円	4,600円	

(注1) 被保険者が発病した病気が約款所定の成人病である場合は、疾病入院保険金、疾病手術保険金および疾病放射線治療保険金を2倍にしてお支払いする特約です。(注2) 被保険者が、ケガまたは病気の治療のため、次のいずれかの手術を受けた場合に保険金をお支払いする特約です。①植皮術またははん痕形成術②外反母趾など足ゆびの後天性変形に対する変形形成術③乳房切除術

※1 団体割引25%、損害率による割引30%を適用しています。

※2 補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。



オプション

基本プランにご加入いただいた方が追加で加入できる**オプション**です。

団体割引
+
損害率による割引

47.5%

親介護セット

親介護一時金

親介護一時金支払特約セット 団体総合生活補償保険

こんな時にお役に立ちます



親が所定の要介護状態になった時に、一時金をお支払いします。

基本プランの被保険者本人またはその配偶者の親(特約被保険者^(注1))が要介護状態^(注2)となり、その要介護状態が要介護状態開始日からその日を含めてフランチイズ期間(90日)を超えて継続した場合に保険金をお支払いします。

(注1)この特約の被保険者として、保険証券に記載された方をいいます。

(注2)公的介護保険制度の「要介護3」以上の認定を受けた状態(公的介護保険制度の給付対象外となる場合は特約に定める基準による状態)をいいます。

特約被保険者(補償の対象となる方)

- 基本プランの被保険者本人または配偶者の親(始期日時点で満40才から満89才まで)(被保険者1名につき、親は2名まで加入できます)
- 保険料は、特約被保険者(親)の年齢ごとに算出されます。
- 右記は、特約被保険者(親)お一人あたりの保険料です。2名以上の場合、それぞれの保険料の合計となります。
- 特約被保険者(親)ごとに異なるセットを選択することはできません。同一セット(同一保険金額)でのご加入となります。
- 保険金の受取りは特約被保険者(親)となります。
- 引受保険会社が親介護一時金をお支払いする場合は、保険期間満了までの保険期間の特約保険料全額を一括して払い込んでいただく必要があります。

月払保険料

タイプ	☑ 1	☑ 2	☑ 3	
親介護一時金額	300万円	200万円	100万円	
親の年齢別保険料(保険始期日時点の満年齢)	40~44才	10円	10円	10円
	45~49才	30円	20円	10円
	50~54才	50円	40円	20円
	55~59才	120円	80円	40円
	60~64才	270円	180円	90円
	65~69才	610円	400円	200円
	70~74才	1,340円	890円	450円
	75~79才	2,900円	1,930円	970円
	80~84才	7,240円	4,830円	2,410円
85~89才	15,750円	10,500円	5,250円	

※団体割引25%、損害率による割引30%を適用しています。

タイプ名についてのご注意

親介護セット

スタンダードパック

ゴルフパック

レジャーパック

を

オプションとしてセットする場合、加入の基本プラン(ケガの補償)によって下記の通りタイプ名が変わりますので、ご注意ください。

	親介護セット			スタンダードパック		ゴルフパック		レジャーパック	
	1	2	3	1	2	1	2	1	2
家族型	OF1	OF2	OF3	SF1	SF2	GF1	GF2	LF1	LF2
夫婦型	OF1	OF2	OF3	SC1	SC2	GF1	GF2	LC1	LC2
本人型	OM1	OM2	OM3	SM1	SM2	GM1	GM2	LM1	LM2
交傷型	OT1	OT2	OT3	ST1	ST2	GT1	GT2	LT1	LT2

補償の対象となる方は、基本プランと異なります。詳しくは下記「被保険者（補償の対象となる方）について」をご覧ください。

スタンダードパック

携行品損害

弁護士費用

こんな時にお役に立ちます



外出時に携行している身の回り品を偶然な事故で壊してしまった場合に補償します。
(免責金額3,000円)



被保険者のケガや居住する家または家財に被害が発生した場合の弁護士等への法律相談費用等を補償します。

※携帯電話、スマートフォン、電子マネー、眼鏡など保険の対象に含まれない物があります。詳細は「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。

月払保険料

タイプ	1	2	
携行品損害保険金額	70万円	70万円	
弁護士費用等 保険金額 ^(注)	あり (300万円限度)	—	
月払 保険料	家族型	620円	460円
	夫婦型	520円	360円
	本人型・ 交傷型	460円	300円

(注) 法律相談費用(10万円限度)を含みます。

ゴルフパック

日本国内でのプレーが対象

ホールインワン・アルバトロス費用

こんな時にお役に立ちます



ホールインワンまたはアルバトロスを達成し、費用を負担した場合に保険金をお支払いします。

ゴルフ用品自体の損害はスタンダードパック「携行品損害」で補償されますのであわせてご加入ください。
例：プレー中にクラブが木や地面にあたって破損したり、盗難にあった時など。

月払保険料

タイプ	1	2
ホールインワン・ アルバトロス 費用保険金額	100万円	50万円
月払保険料	610円	300円

【ご注意】キャディ帯同のない「セルフプレー中」の場合は、原則として、保険金のお支払い対象となりませんのでご注意ください。ただし、同伴競技者以外の第三者の目撃^(注)がある場合にかぎり、保険金をお支払いします。

(注) 目撃とは、打ったボールがホールにカップインしたことをその場で確認することをいいます(達成後に呼ばれてカップインしたボールを確認した場合は「目撃」に該当しません)。

レジャーパック

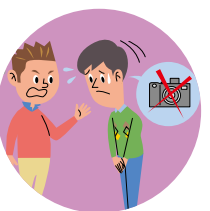
救援者費用

受託物

こんな時にお役に立ちます



重大事故にあわれた場合のご家族の駆けつけ費用や捜索救助費用などを補償します。



他人から借りたり預かったりしたものの破損や盗難により法律上の損害賠償責任を負った場合に補償します。
(免責金額5,000円)

月払保険料

タイプ	1	2	
救援者費用等保険金額	300万円	300万円	
受託物賠償責任保険金額	30万円	—	
月払 保険料	家族型	70円	50円
	夫婦型	40円	20円
	本人型・交傷型	30円	10円

※1 団体割引25%、損害率による割引30%を適用しています。

※2 補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。

被保険者
(補償の対象となる方)
について

スタンダードパック

ゴルフパック

レジャーパック

を

オプションとして追加される場合、加入の基本プラン(ケガの補償)によって補償の対象となる方が変わります。複数プランに入る場合、補償の重複にご注意ください。

基本プラン	オプションプラン				
	スタンダードパック	スタンダードパック	ゴルフパック	レジャーパック	
	携行品損害	弁護士費用	ホールインワン・アルバトロス費用	救援者費用	受託物
家族型	ご家族	ご家族	本人	保険契約者、救援対象者および 救援対象者の配偶者・親族	ご家族
夫婦型	本人・配偶者	ご家族	本人		
本人型・交傷型	本人	ご家族	本人		

※各補償の被保険者の範囲については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。

オプションプランでより充実した補償

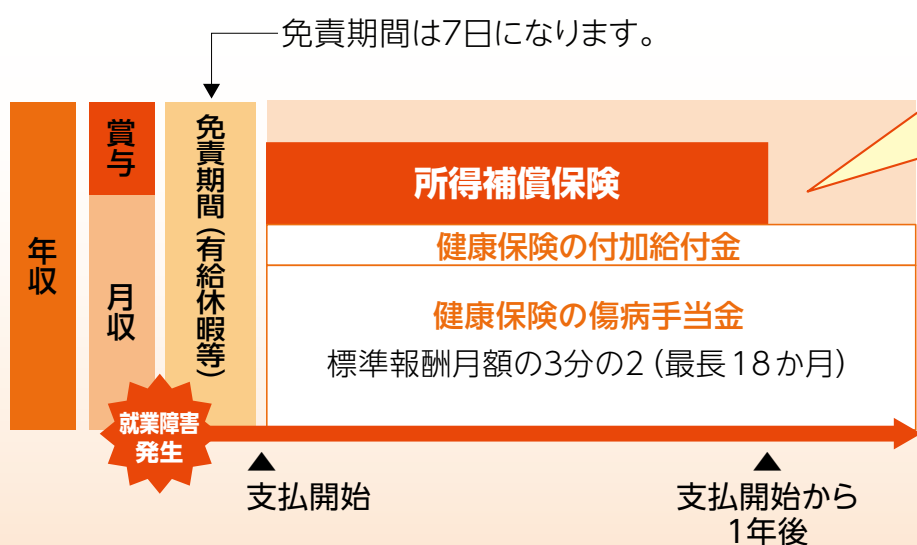
ケガや病気による**入院などで就業不能**となったとき、
最長**1年間**、収入を補償します！

団体割引
+
損害率による割引
52%

所得補償保険

こんな時にお役に立ちます

■補償イメージ



**最長1年間
まで補償。
免責期間は
7日です。**

特長

1

万一の療養時も安心の補償

ケガや病気により仕事ができない場合に、1年間まで補償。
ご家族の皆さまの生活をサポートします。

特長

2

いつでもどこでも充実の補償

就業不能の原因の発生が仕事中でもレジャー中でも、
国内、海外を問わず補償します。

特長

3

住宅ローンの返済も安心

補償期間中、住宅ローン返済などを補う保険
としても役立ちます。



次のステップに沿ってご検討ください

STEP 1

被保険者(補償の対象となる方)の範囲をご確認ください。



役員・社員ご本人
(保険始期日時時点で満20才から満59才まで)



STEP 2 職種を選択してください。

✓ A:一般事務職・営業職・管理職



タイプ:A8,A7,A6,A5,A4,A3,A2,A1

✓ B:ドライバー



タイプ:B5,B4,B3,B2,B1

✓ C:スポーツクラブインストラクター



タイプ:C5,C4,C3,C2,C1

保険金額は被保険者(補償の対象となる方)の職種級別によって異なります。下記に記載されていないご職業については、取扱代理店または引受保険会社までお問合わせください。

- 1級…会社事務員、教師 など
- 2級…飲食料品製造作業員 など
- 3級…営業用貨物自動車運転者 など
- 4級…セメント製造工 など

※告知していただいたご職業・職務が事実と反する場合、ご契約を解除し、保険金をお支払いできない場合がありますのでご注意ください。

STEP 3 保険金額を選択してください。 下表をご確認いただき、加入タイプをお決めください。

- 団体割引20%/損害率による割引40%適用
- 保険期間(ご契約期間):1年 ■てん補期間(保険金をお支払いする期間):1年
- 免責期間(補償の対象とならない期間):7日

月払保険料

「無事故戻しに関する規定の不適用特約」「骨髄採取手術に伴う入院補償特約」が自動セットされます。

職種級別	1級		職種					A:一般事務職・営業職・管理職	
タイプ	✓ A8	✓ A7	✓ A6	✓ A5	✓ A4	✓ A3	✓ A2	✓ A1	
1か月の補償金額									
年齢(保険始期日時時点の満年齢)	20~24才	-	-	-	-	-	445千円	222千円	
	25~29才	-	-	-	-	-	592千円	395千円	
	30~34才	-	-	-	800千円	640千円	480千円	320千円	
	35~39才	-	898千円	770千円	642千円	513千円	385千円	256千円	
	40~44才	822千円	719千円	617千円	514千円	411千円	308千円	205千円	
	45~49才	688千円	602千円	516千円	430千円	344千円	258千円	172千円	
	50~54才	594千円	519千円	445千円	371千円	297千円	222千円	148千円	
	55~59才	556千円	486千円	417千円	347千円	278千円	208千円	139千円	
月払保険料	8,000円	7,000円	6,000円	5,000円	4,000円	3,000円	2,000円	1,000円	

職種級別	3級					職種					B:ドライバー		職種級別	2級		職種					C:スポーツクラブインストラクター	
タイプ	✓ B5	✓ B4	✓ B3	✓ B2	✓ B1	✓ C5	✓ C4	✓ C3	✓ C2	✓ C1												
1か月の補償金額												1か月の補償金額										
年齢(保険始期日時時点の満年齢)	20~24才	-	-	-	-	164千円	-	-	-	-	194千円											
	25~29才	-	-	439千円	293千円	146千円	-	-	516千円	344千円	172千円											
	30~34才	591千円	473千円	355千円	236千円	118千円	-	557千円	418千円	278千円	139千円											
	35~39才	475千円	380千円	285千円	190千円	95千円	557千円	445千円	334千円	222千円	111千円											
	40~44才	381千円	305千円	228千円	152千円	76千円	447千円	357千円	268千円	178千円	89千円											
	45~49才	319千円	255千円	191千円	127千円	63千円	373千円	299千円	224千円	149千円	74千円											
	50~54才	275千円	220千円	165千円	110千円	55千円	322千円	258千円	193千円	129千円	64千円											
	55~59才	257千円	206千円	154千円	103千円	51千円	302千円	241千円	181千円	120千円	60千円											
月払保険料	5,000円	4,000円	3,000円	2,000円	1,000円	5,000円	4,000円	3,000円	2,000円	1,000円												

●保険金額は、公的保険制度(健康保険法等法律に基づく保険制度をいいます)による給付内容や他の保険契約等の加入状況を勘案し、「平均所得額」の範囲内で、保険金額が適切な額となるようご設定ください。公的保険制度の概要につきましては、金融庁のホームページ(<https://www.fsa.go.jp/ordinary/insurance-portal.html>)等をご確認ください。(目安としては年間総収入額÷12×60%)
※保険金額が被保険者の「平均月間所得額」を上回っている場合には、その上回る部分については保険金をお支払いできませんのでご注意ください。

※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。

就業障害になった時の収入を補償

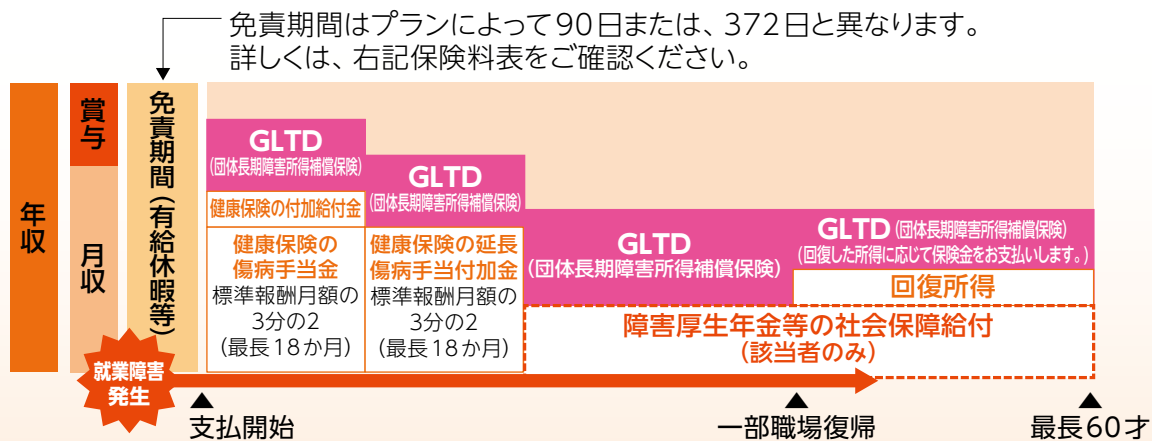
ケガや病気による**長期休業時の収入減少**に際し、
最長60才まで、収入を補償します！

団体割引
30%

GLTD (団体長期障害所得補償保険)

こんな時にお役に立ちます

■補償イメージ



注意 免責期間開始後に一時的に復職し、その後、再度就業障害となった場合には、免責期間に応じて定めた右記の日数を限度として、復職日数および免責期間を加えた期間を通算して1免責期間とします。

免責期間	一時的復職日数
90日	7日
372日	28日

※1 上の図は野村証券健康保険組合HP記載内容を参考に作成した図です。休業時の賞与配分等について詳細にお知りになりたい方は、社内規定をご参照ください。
 ※2 補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。

特長
1

受取保険金は**非課税**です。

特長
2

一部復職後も補償します。
 (所得喪失率20%超の場合)

特長
3

最長60才までお支払いします。

*てん補期間は、60才に達した日まで^(※)、または3年間のいずれか長い期間です。(精神障害による就業障害のてん補期間は最長2年間)
 (※)60才に達した日とは、60才の誕生日の前日をいいます。



次のステップに沿ってご検討ください

STEP 1

被保険者(補償の対象となる方)の範囲をご確認ください。



役員・社員ご本人
(保険始期日時点で満15才から満59才まで)



STEP 2 免責期間(補償の対象とならない期間)を選択してください。



90日

タイプ:M1、F1、F11



372日

タイプ:M2、F2、F21、M3、F3

STEP 3 補償範囲を選択してください。



ケガや病気による就業障害に備えたい

精神障害補償特約

妊娠に伴う身体障害補償特約

タイプ:M3、F3



精神障害による就業障害にも備えたい

精神障害補償特約

妊娠に伴う身体障害補償特約

タイプ:M1、F11、M2、F21



妊娠に伴う身体障害にも備えたい

女性のみ

精神障害補償特約

妊娠に伴う身体障害補償特約

タイプ:F1、F2

STEP 4 保険金額を選択してください。 下表をご確認いただき、加入タイプをお決めください。

1口(5万円)~最高20口(100万円)までの口数から設定いただけます。

口数	1口	2口	3口	4口	5口	10口	15口	20口
受取保険金月額	5万円	10万円	15万円	20万円	25万円	50万円	75万円	100万円

月払保険料

タイプ	男性M1	女性F1	女性F11	男性M2	女性F2	女性F21	男性M3	女性F3	
免責期間	90日			372日			372日		
精神障害補償特約		○(注1)			○(注1)		-		
妊娠に伴う身体障害補償特約	-	○(注2)		-	○(注2)		-		
保険金額(1口)	5万円								
年齢別 月払保険料 (保険始期日 時点の 満年齢)	15~24才	367円	279円	235円	287円	196円	191円	176円	
	25~29才	385円	390円	301円	304円	258円	248円	229円	
	30~34才	464円	516円	421円	358円	353円	342円	298円	
	35~39才	594円	730円	616円	445円	501円	488円	430円	
	40~44才	813円	947円	927円	617円	738円	736円	662円	
	45~49才	1,078円	1,231円	1,231円	811円	959円	959円	674円	876円
	50~54才	1,227円	1,322円	1,322円	936円	1,036円	1,036円	789円	943円
55~59才	1,163円	1,131円	1,131円	931円	928円	928円	784円	830円	

(注1) 統合失調症、躁うつ病等の精神障害を原因として発生した就業障害についても保険金をお支払いいたします。ただし、てん補期間は「2年間」が限度となっています。(注2) 妊娠、出産、早産、流産によって発生した身体障害による就業障害について保険金をお支払いいたします。

口数決定の目安

- 20口以下で設定してください。
- 口数×5万円×12が年収の60%以内になるように設定してください。(注)

(注) 設定された保険金額が被保険者の平均月間所得額(年間所得を1/12した金額)を上回っている場合には、その上回る部分については保険金をお支払いできませんのでご注意ください。

*1 団体割引30%を適用しています。 *2 補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。

お支払例 | M1(免責期間90日)で4口ご加入のNさんの場合(男性:年収600万円・月収40万円)

例1

Nさんは胃がんのため30日の入院後、半年間の自宅療養を経て職場復帰。病後の経過による残業制限等で3か月間、収入が30万円に減収しました。

休職中は免責期間90日を除いた
4か月間:月々20万円、職場復帰後からは
3か月間:月々5万円を受け取れます。

例2

Nさんが交通事故に遭い、半身不随に。職場復帰・再就職は困難であり、退職を余儀なくされました。

免責期間90日を除いた
休職期間中および退職後も60才まで
月々20万円を受け取れます。

加入申込票記入例 (交通災害保険)



ご記入前
ご確認
ください。

ご記入方法

太枠内をご記入ください。

- 1 加入者(役員・社員)名をフルネーム(漢字)でご署名ください。(カナ)の印字がない場合はフリガナもご記入ください。

- 2 (印字がない場合は)社員番号をご記入ください。

- 3 太枠内のご記入・該当区分に「○」をしてください。

- 4 ご加入される方
タイプS~Fのいずれか1つに「○」をしてください。

他の保険契約等とは同種の保険で、下記に記載の保険等が該当します。

- 被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等(団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。)
- 被保険者1名につき、各補償項目の保険金額は下記の引受限度額を上限といたします。基本プランや他社契約とあわせて下記を合計限度額として各タイプをお選びください。ただし、野村不動産ソリューションズ株式会社で取り扱っている、所得補償保険・団体長期障害所得補償保険・ゴルフ保険・がん保険は、告知の対象外です。

5

補償項目	加入する保険金額と他の保険契約等の保険金額との合算による引受限度額
傷害死亡・後遺障害保険金額	2億円
傷害入院保険金日額	30,000円
傷害通院保険金日額	20,000円

- 6 過去3年以内にケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがある場合は、会社名・回数・合計保険金額をご記入ください。

野村の団体保険(交通)

野村ホールディングス株式会社 御

1

加入申込日	令和5年 XX月
勤務先TEL	
カタカナ加入申込人氏名(被保険者)	ノムラ ハナコ
加入申込人氏名(自署)	野村 花子

3

性別	男	女
	1	2

4

前年加入タイプ	S
一時私保険料(円)	700円

5

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか。(注3)	Y34 あり	「あり」の場合に他の保険契約合計保険金額をご記入ください。
		1	

(注2) 被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体ご記入ください。(団体契約、生命保険契約、共済契約)

6

保険金請求歴(注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。	過去3年以内にケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。	会社名
-------------------------------	---	-----

大切なお知らせ

今回の募集から「交通災害保険」の保険料補助がなくなります。お支払いいただく保険料が全額個人負担となるため、ご継続いただける場合、必ずパンフレット記載の補償内容、保険料表をご確認のうえお申し込みください。

加入申込票のご提出がない場合は補償がなくなりますのでご注意ください。

フルネームで
ご署名ください。

加入タイプに
○をしてください。

交通災害保険) 加入申込票 保険会社用

000	AAA	020	994	354⑤
R43N	03	88	LF	
会社名	018	019		
部店名		017		
所属コード		社員番号 12345678		
保険期間	2023年10月1日 午後4時から 2024年10月1日 午後4時まで 1年間			
給与控除	2023年12月給与より 一時払			

①	団体コード	
	代表証券番号	
	加入者番号 ⁰⁹⁸	
	旧加入者番号 ⁰⁹⁹	
	旧代表証券番号	
	旧加入者識別コード ^{L17}	

生年月日	303	年令(注1)	L18	◆団体との関係
昭和 S 年 月 日	満	才	①	

(注1) 年令は2023年10月1日時点での満年令をご記入ください。

(ご記入にあたってのご注意)

- ① 本加入申込票は、太枠内の部分についてご記入・ご署名のうえご提出ください。
- ② 氏名は2023年4月時点で表示しています。変更のある方は=線で抹消し、余白にご記入・ご署名のうえ提出ください。
- ③ 今年度加入タイプについては必ずパンフレット等の募集文書でご確認いただき、ご記入ください。
- ④ この保険の保険料は12月に控除させていただきます(一時払)。そのため加入申込人は12月に給与控除できる方に限らせていただいております。
- ⑤ この保険は野村ホールディングス株式会社を保険契約者とし、野村グループ・野村総合研究所グループ・野村不動産グループ企業の役員・社員を加入者および被保険者とする団体総合生活補償保険の団体契約です。

今年度加入タイプ

↓ご希望タイプのアルファベットに○をご記入ください。

	A	B	C	D	E	F
円	2,700	5,000	7,420	9,420	11,420	13,780

◆団体との関係

下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。

団体の

1: 構成員(子会社・関連会社の構成員・退職者を含む)
0: 会員企業等の役員・従業員

上記「1」または「0」の

2: 配偶者 3: 子ども 4: 両親
5: 兄弟姉妹 6: 同居の親族 7: 使用人

Y36	傷害死亡・後遺障害保険金額	Y37	傷害入院保険金日額	T28	傷害通院保険金日額
	万円		円		円

本総合生活補償保険等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等を

回数	合計金額
回	円

その他項目	
572	□数 ①
390	符号 01

お客さまからご提出いただいた個人情報、個人情報保護法、その他関連法規等に基づき適正に取扱うとともに、その管理を徹底してまいります。

・裏面の<ご加入時の確認事項>および【個人情報取扱いについて】の記載内容に同意のうえ、お申し込みください。

取扱代理店 野村不動産ソリューションズ株式会社
引受幹事保険会社 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

加入申込票記入例 (基本プラン/オプション)



次の流れに沿ってご記入ください。

次の方は提出が必要です。

■新規加入の方

加入申込票に記入した日をご記入ください。

日中のご連絡先をご記入ください。

ご記入方法

	該当する枠の色へ
<p>被保険者ご本人の氏名(カナ)、生年月日、年令、性別「団体との関係」(注)欄をご記入ください。 ※2023年10月1日時点の満年令をご記入ください。</p> <p>1 (注) 該当する関係について以下をご記入ください。 従業員:1 (子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 上記「1」の配偶者:2 子ども:3 両親:4 兄弟姉妹:5 同居の親族:6</p>	<p>基本プラン オプション</p> <p>所得補償保険 GLTD</p>
<p>2 加入を希望する加入タイプ名をご記入ください。</p>	<p>基本プラン</p> <p>所得補償保険 GLTD</p>
<p>3 加入を希望するオプションの加入タイプ名に○印をご記入ください。</p>	<p>オプション</p>
<p>4 健康状態告知事項にご回答ください。 医療セットオプションに加入する場合で、被保険者本人が15才未満の場合は親権者をご回答ください。</p>	<p>オプション</p> <p>所得補償保険 GLTD</p>
<p>親介護セットオプションに加入する場合、ご記入ください。 あわせて、健康状態告知事項にご回答ください。</p> <p>〈健康状態告知について〉</p> <p>5 ●親介護一時金支払特約に関しては、必ず被保険者ご本人(加入申込票の被保険者欄に記載された方をいいます)が特約被保険者を代理してご回答ください。 ●「告知者ご署名」欄には、被保険者ご本人(加入申込票の「被保険者ご本人」欄に記名された方をいいます)がフルネームで署名・告知日をご記入ください。 ※親が複数名加入される場合、タイプ名は同一となります。</p>	<p>オプション</p>
<p>6 健康状態告知事項を回答いただいた方は、告知日・フルネームでご署名ください。</p>	<p>オプション</p> <p>所得補償保険 GLTD</p>
<p>7 「同種の危険を補償する他の保険契約等」がある場合、「有」に○をし、裏面に保険金額をご記入ください。</p>	<p>基本プラン オプション</p> <p>所得補償保険 GLTD</p>

野村の団体保険(基本プラン・所得補償・GLTD)

加入申込日 令和5年 7 月 1 日 TEL 080-
加入者名 カナ ノムラ タロウ
漢字 野村 太郎 (自署)

重要事項のご説明を確認し、申込内容が意向に沿ったものであること

1 基本プラン (団体総合生活補償保険)

符号	被保険者氏名(カナ)	年令
530	ノムラ タロウ	35
323	生年月日	1:役員・従業員 2:11の配偶者 3:11の子
昭和	平成	令和
年	月	日
63	7	1
被保険者以外のご家族についてはご記入不要		
符号	被保険者氏名(カナ)	年令
530	ノムラ ハナコ	33
323	生年月日	1:役員・従業員 2:11の配偶者 3:11の子
昭和	平成	令和
年	月	日
2	9	1
符号	被保険者氏名(カナ)	年令
530	ノムラ タケシ	5
323	生年月日	1:役員・従業員 2:11の配偶者 3:11の子
昭和	平成	令和
年	月	日
30	8	1
符号	被保険者氏名(カナ)	年令
530		
323	生年月日	1:役員・従業員 2:11の配偶者 3:11の子
昭和	平成	令和
年	月	日
符号	被保険者氏名(カナ)	年令
530		
323	生年月日	1:役員・従業員 2:11の配偶者 3:11の子
昭和	平成	令和
年	月	日

1 医療セット (団体総合生活補償保険)

符号	被保険者氏名(カナ)	※生年月日
51	ノムラ ハナコ	2年9月
52	ノムラ タケシ	30年8月

1 所得補償保険

符号	被保険者氏名(カナ)	※年令	性
530			
323	※生年月日		
昭和	平成	令和	
年	月	日	

4 ※健康状態告知書質問事項回答欄
L53 質問① L54 質問② L45 疾病コード S62 疾病・症状名(P09)
カタカナ

/所得補償保険/GLTD)

<新規でご加入の方> 加入内容変更・脱退の方は次ページ

必ずフルネームで
ご署名ください。

(印字がない場合は)
会社名をご記入ください。

(印字がない場合は)
社員番号をご記入ください。

GLTD)加入申込票【現役用】 保険会社用

1234-5678

団体名(会社名)	
所属名	019
所属コード	019
社員番号	12345678

を確定するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。

加入申込票提出	要	不要
加入区分	新規 変更 全額脱退	継続
加入申込票枚数	2枚にわたる場合枚数記入	枚目
団体コード		
代表証券番号		
加入者番号	099	
旧加入者番号	099	
旧代表証券番号		

保険期間	2023年10月1日午後4時から 2024年10月1日午後4時まで1年間
給与天引	2023年12月より12回払

ご加入者さまへ
の注意

000 AAA 020 994
RP49 03 X X LF 354 ⑤

お申込に際しましては必ずパンフレットに添付の「重要事項のご説明」の内容をご一読ください。
※印字のない項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。
※申込と届達する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあり得ますので十分に確認の上ご記入ください。
ただし、(生年月日)「年 月 日」(健康状態告知書)「職名(被保険者)」「職名(親権者)」「所得補償保険」「GLTD」(被保険者)「所得補償保険」は加入されない場合、告知事項に該当しません。「職名(親権者)」は所得補償保険に加入されない場合、告知事項に該当しません。
※年齢は2023年10月1日時点での満年齢をご記入ください。

- 告知が必要な方
- ① 親介護セットに加入される方
 - ② 医療セットに加入される方
 - ③ 所得補償保険に加入される方
 - ④ 団体長期障害所得補償保険に加入される方
 - ⑤ 疾病リスクの補償を拡大する方
 - ⑥ 以前告知した病状・症状が回復したなど告知質問事項に該当しなくなった方

2 プラン名

3 プランタイプ

4 医療セット

5 介護セット

6 健康状態告知書質問事項回答欄

7 署名欄

性別	団体との関係	プラン名	プランタイプ	医療セット	介護セット	健康状態告知書質問事項回答欄	署名欄
302	L18	ウ	スタンダード	P1	OM1	① 対面 ② 電話 ③ FAX-郵送 ④ メール等の通信手段	野村 太郎
302	L18	キ	スタンダード	P1	OM1	① 対面 ② 電話 ③ FAX-郵送 ④ メール等の通信手段	被保険者自署
302	L18	ケ	スタンダード	P1	OM1	① 対面 ② 電話 ③ FAX-郵送 ④ メール等の通信手段	被保険者自署

家族型へご加入の場合、スタンダードパックは「SF1」「SF2」レジャーパックは「LF1」「LF2」夫婦型へご加入の場合、スタンダードパックは「SC1」「SC2」レジャーパックは「LC1」「LC2」

質問3は女性のみご記入ください。

15才未満の場合は、親権者がお答えいただき、未成年の場合は、親権者が署名をしてください。

基本プラン(家族型・夫婦型・本人型・文保)

1 GLTD (団体長期障害所得補償保険)

被保険者氏名(カナ)	ノムラ タロウ	※生年月日	63年7月1日	※性別	①	※団体との関係	①	※プラン名	M2	※口数	2	※区分	有
健康状態告知書質問事項回答欄	① 対面 ② 電話 ③ FAX-郵送 ④ メール等の通信手段	健康状態告知書質問事項回答欄	① 対面 ② 電話 ③ FAX-郵送 ④ メール等の通信手段	健康状態告知書質問事項回答欄	① 対面 ② 電話 ③ FAX-郵送 ④ メール等の通信手段	健康状態告知書質問事項回答欄	① 対面 ② 電話 ③ FAX-郵送 ④ メール等の通信手段	健康状態告知書質問事項回答欄	① 対面 ② 電話 ③ FAX-郵送 ④ メール等の通信手段	健康状態告知書質問事項回答欄	① 対面 ② 電話 ③ FAX-郵送 ④ メール等の通信手段	健康状態告知書質問事項回答欄	① 対面 ② 電話 ③ FAX-郵送 ④ メール等の通信手段
署名欄	野村 太郎者自署	署名欄	野村 太郎者自署	署名欄	野村 太郎者自署	署名欄	野村 太郎者自署	署名欄	野村 太郎者自署	署名欄	野村 太郎者自署	署名欄	野村 太郎者自署

加入申込票記入例 (基本プラン/オプション)



次の流れに沿ってご記入ください。

ご記入方法

訂正したい場合は、二重線で抹消し、変更後内容を余白に記入・ご署名ください。

被保険者ご本人の氏名(カナ)、生年月日、年令、性別「団体との関係」(注)欄をご記入ください。

※2023年10月1日時点の満年齢をご記入ください。

- ① (注) 該当する関係について以下をご記入ください。
従業員:1 (子会社・関連会社の構成員、退職者を含む)
上記「1」の配偶者:2 子ども:3 両親:4 兄弟姉妹:5 同居の親族:6

- ② 加入を希望する加入タイプ名をご記入ください。

- ③ 加入を希望するオプションの加入タイプ名に○印をご記入ください。

- ④ 新規加入・補償の拡大・以前告知した病気・症状が回復したなど告知事項に該当しなくなった場合、**健康状態告知事項にご回答ください。**

医療セットオプションに加入する場合、被保険者本人が15才未満の場合は親権者にご回答ください。

親介護セットオプションに加入する場合、ご記入ください。
あわせて、健康状態告知事項にご回答ください。

〈健康状態告知について〉

- ⑤ ●親介護一時金支払特約に関しては、必ず被保険者ご本人(加入申込票の被保険者欄に記載された方をいいます)が特約被保険者を代理してご回答ください。

●「告知者ご署名」欄には、被保険者ご本人(加入申込票の「被保険者ご本人」欄に記名された方をいいます)がフルネームで署名・告知日をご記入ください。

※親が複数名加入される場合、タイプ名は同一となります。

- ⑥ **健康状態告知事項を回答いただいた方は、告知日・フルネームでご署名ください。**

- ⑦ 既加入者の方で脱退をご希望の方は、二重線で抹消のうえ、「脱退」に○印をご記入ください。

- ⑧ 「同種の危険を補償する他の保険契約等」がある場合、「有」に○をし、裏面に保険金額をご記入ください。

該当する枠の色へ

基本プラン オプション

所得補償保険 GLTD

基本プラン

所得補償保険 GLTD

オプション

オプション

所得補償保険 GLTD

オプション

オプション

所得補償保険 GLTD

基本プラン オプション

所得補償保険 GLTD

基本プラン オプション

所得補償保険 GLTD

次の方は提出が必要です。

■ 加入内容変更の方

※加入申込票が2枚以上に渡る場合、変更のある加入申込票だけでなく、全ての加入申込票をご提出ください。

加入申込票に記入した日をご記入ください。

日中のご連絡先をご記入ください。

野村の団体保険(基本プラン・所得補償・GLTD)

加入申込日 令和5年 7 月 1 日 TEL 080-

加入者名	カナ ノムラ タロウ
漢字(自署)	野村 太郎

重要事項のご説明を確認し、申込内容が意図に沿ったものであること

① 基本プラン (団体総合生活補償保険)

符号	被保険者氏名(カナ)	年令
330	ノムラ タロウ	35
323	生年月日	
	平成 63 年 7 月 1 日	

被保険者以外のご家族についてはご記入不要

本人型

符号	被保険者氏名(カナ)	年令
330	ノムラ ハナコ	33
323	生年月日	
	2 年 9 月 1 日	

交傷型

符号	被保険者氏名(カナ)	年令
330	ノムラ タケシ	5
323	生年月日	
	30 年 8 月 1 日	

交傷型

符号	被保険者氏名(カナ)	年令
330		
323	生年月日	
	年 月 日	

交傷型

符号	被保険者氏名(カナ)	年令
330		
323	生年月日	
	年 月 日	

① 医療セット (団体総合生活補償保険)

符号	被保険者氏名(カナ)	年令
330	ノムラ ハナコ	2 年 9
323	生年月日	
	2 年 9 月 1 日	

① 所得補償保険

符号	被保険者氏名(カナ)	年令	性別
330			
323	生年月日		
	年 月 日		

④ ※健康状態告知書質問事項回答欄

質問①	質問②	質問③	質問④	質問⑤	質問⑥	質問⑦	質問⑧	質問⑨	質問⑩
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2

/所得補償保険/GLTD) <加入内容変更・脱退の方>

次の方は提出が**不要**です。

■前年同タイプで継続の方

■全員脱退の方
(ご加入いただいているすべての契約を脱退される方)

必ずフルネームで
ご署名ください。

(印字がない場合は)
会社名をご記入ください。

(印字がない場合は)
社員番号をご記入ください。

加入申込票(現役用) 保険会社用

1234-5678

団体名(会社名)

所属名

所属コード

社員番号 12345678

加入申込票提出	要	不要
加入区分	新規 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 全員脱退 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/>	
加入申込票枚数	2枚にわたる場合枚数記入	枚目
団体コード		
代表証券番号		
加入者番号	099	
旧加入者番号	099	
旧代表証券番号		

保険期間	2023年10月1日午後4時から 2024年10月1日午後4時まで1年間
給与と引	2023年12月より12回払

ご加入者さまへのご注意

000 AAA 020 994 354 ⑤

RP49 03 X X LF 354 ⑤

※お申込に際しましては必ずハンフレットに添付の「重要事項のご説明」の内容をご一読ください。
※印字が不明な場合は、印刷して引受保険会社におたずねする等、重要な事項(告知事項)です。
※申込を拒否する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分に確認の上ご回答(記入)ください。
ただし、「(在年月日)年(在)月(在)日」欄は「健康状態告知書(職歴・家族構成)」「職業(一時金)」「所得補償保険」「(在年月日)団体長期障害所得補償保険」に記入されない場合、告知事項に該当しません。「職業名(職種)」は「所得補償保険」に入力する場合があります。告知事項に該当しない場合は、2023年10月1日時点での満年齢をご記入ください。

- 告知が必要な方
- ① 親介護セットに加入される方
 - ② 医療セットに加入される方
 - ③ 所得補償保険に加入される方
 - ④ 団体長期障害所得補償保険に加入される方
 - ⑤ 疾病リスクの補償を拡大する方
 - ⑥ 以前告知した病気・症状が回復したなど告知質問事項に該当しなくなった方

性別	団体との関係	② プ名	③ 標準	④ ゴルフ	⑤ レジャー	⑥ 介護セット	特約被保険者氏名(カナ)	※生年月日	※年齢	続柄	健康状態告知書質問事項回答欄	※ご署名欄
男性	1:19の両親 5:11の兄弟姉妹	野村太郎	標準	ゴルフ	レジャー	親介護セット	ノムラ ハジメ	38年4月1日	60才	① 文 ② 父 ③ 母 ④ 妻 ⑤ 夫 ⑥ 妻 ⑦ 夫 ⑧ 妻	① 対面 ② 電話 ③ FAX・郵送 ④ メール等の通信手段	野村太郎
女性	1:19の両親 5:11の兄弟姉妹	野村花子	標準	ゴルフ	レジャー	親介護セット	野村花子	33年7月1日	33才	① 文 ② 父 ③ 母 ④ 妻 ⑤ 夫 ⑥ 妻 ⑦ 夫 ⑧ 妻	① 対面 ② 電話 ③ FAX・郵送 ④ メール等の通信手段	野村花子
女性	1:19の両親 5:11の兄弟姉妹	野村花子	標準	ゴルフ	レジャー	親介護セット	野村花子	5年7月1日	5才	① 文 ② 父 ③ 母 ④ 妻 ⑤ 夫 ⑥ 妻 ⑦ 夫 ⑧ 妻	① 対面 ② 電話 ③ FAX・郵送 ④ メール等の通信手段	野村花子

脱退の場合、二重線で抹消のうえ「〇」をしてください。

質問3は女性のみご記入ください。

告知事項に該当しなくなった方は、二重線で抹消してください。

他の保険契約等がある場合は、裏面もご記入ください。

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
加入区分	加入者番号	加入区分	加入者番号	加入区分	加入者番号	加入区分	加入者番号
1234-5678	099	1234-5678	099	1234-5678	099	1234-5678	099

サービスのご案内



日常生活で困ったときは、
さまざまなサービスでしっかりサポート!

サービスの概要

交通災害保険 基本プラン(家族型・夫婦型・本人型・交傷型)

に加入された被保険者(補償の対象となる方)は、以下のサービスをご利用いただけます。

生活安心サポート

- 健康・医療ご相談(健康・医療のご相談/病院情報のご提供/夜間休日医療機関情報のご提供)
- ホームヘルパーサポート(ホームヘルパー業者のご紹介)
- 暮らしのトラブル(法律)・税務ご相談(法律のご相談/税務のご相談)

医療セット 親介護セット

に加入された被保険者(補償の対象となる方)は、以下のサービスをご利用いただけます。

医療カウンセリングサービス

- セカンドオピニオンのご相談
- 面談専門医のご紹介
- “がん”粒子線治療のご相談

健康安心サポート

- 健康検診サービス(人間ドック施設のご紹介/PET検診施設のご紹介/在宅検診のご紹介)
- 健康・医療ご相談(健康・医療のご相談/病院情報のご提供/夜間休日医療機関情報のご提供)
- 介護安心サービス(介護安心相談/介護に関する業者・施設情報のご提供)/認知症TESTER(テスター)
- メンタルご相談(メンタルヘルスのご相談)
- 暮らしのトラブル(法律)・税務ご相談(法律のご相談/税務のご相談)



※サービスをご利用いただける方は被保険者(補償の対象となる方)となります。ただし、親介護一時金支払特約をセットされた場合、介護安心サービスについては被保険者および親介護一時金支払特約の特約被保険者となります。
※保険金請求にかかわる事故等のご相談は対象となりません。また、緊急の場合やご相談内容によってはサービスをご利用できない場合があります。
※サービス内容によりご利用日・ご利用時間が異なります。
※サービスは、事前にお知らせすることなく変更・中止・終了することがあります。
※サービスは、あいおいニッセイ同和損保が委託している提携サービス会社をご提供します。

- 上記はサービスの概要を記載したものです。サービス内容の詳細およびご利用方法については、ご加入後に交付される加入者証または「団体総合生活補償保険サービスガイド」でご確認ください。



GLTD にご加入の方

就労支援トータルサービス

団体長期障害所得補償保険(GLTD)に加入された被保険者(補償の対象となる方)は、以下のサービスをご利用いただけます。

- メンタルご相談(メンタル相談サポート/メンタルITサポート)
- 健康・医療・介護ご相談(健康・医療・介護のご相談/セルフ健康診断サポート/病院情報のご提供)
- 各種手続きご相談(税務・フィナンシャルサポート/公的給付申請サポート/福祉情報のご提供)

※サービスをご利用いただける方は被保険者(補償の対象となる方)となります。
※保険金請求にかかわる事故等のご相談は対象となりません。また、緊急の場合やご相談内容によってはサービスをご利用できない場合があります。
※サービス内容によりご利用日・ご利用時間が異なります。
※サービスは、保険期間終了後はご利用いただけません。
※サービスは、事前にお知らせすることなく変更・中止・終了することがあります。
※サービスは、あいおいニッセイ同和損保が委託している提携サービス会社をご提供します。
※上記はサービスの概要を記載したものです。サービス内容の詳細およびご利用方法については、ご加入後に加入者証と共に交付する「団体長期障害所得補償保険サービスガイド」でご確認ください。



保険設計シート

STEP 1 P.5～16の補償内容を確認し、加入するタイプ名・保険料を下記シートに記入します。

STEP 2 内の保険料を上から足し合わせた保険料が合計となります。

P.5	タイプ名	保険料(一時払)
交通災害保険		円
一時払合計保険料		円

P.7	タイプ名	保険料(月払)
1人目	基本プラン 家族型 夫婦型 本人型 交傷型	円
	オプション 医療セット スタンダードパック ゴルフパック レジャーパック 親介護セット	オプション合計 円
2人目	基本プラン 家族型 夫婦型 本人型 交傷型	円
	オプション 医療セット スタンダードパック ゴルフパック レジャーパック 親介護セット	オプション合計 円
3人目	基本プラン 家族型 夫婦型 本人型 交傷型	円
	オプション 医療セット スタンダードパック ゴルフパック レジャーパック 親介護セット	オプション合計 円
4人目	基本プラン 家族型 夫婦型 本人型 交傷型	円
	オプション 医療セット スタンダードパック ゴルフパック レジャーパック 親介護セット	オプション合計 円

P.13	タイプ名	保険料(月払)
所得補償保険		円

P.15	タイプ名	□数	保険料(月払)
GLTD (団体長期障害所得補償保険)		<input type="checkbox"/>	円
月払合計保険料			円

ご加入にあたって

- ご加入内容の変更または継続しない旨のお申し出のない限り、ご継続時の被保険者ご本人または特約被保険者の年齢がご継続いただける年齢の上限に達するまで、保険契約の満了する日と同一補償内容で継続加入のお取扱いをいたします。この場合、継続後の保険料は、継続日現在の被保険者または特約被保険者の年齢および保険料率によって計算されます。
※傷害死亡保険金のお受取人は法定相続人となります。
(ご注意) 保険金請求事故が多発した場合などについて、ご継続を中止させていただくことがあります。
- この保険は野村ホールディングス株式会社を保険契約者とし、野村グループ・野村総合研究所グループ・野村不動産グループ企業の役員・社員(旧共済会会員)を加入者とする団体総合生活補償保険、所得補償保険、団体長期障害所得補償保険の団体契約です。
- 団体総合生活補償保険、所得補償保険、団体長期障害所得補償保険の「ご契約のしおり(普通保険約款・特約)」、保険証券は、保険契約者(野村ホールディングス株式会社)に交付されます。
- このパンフレットは概要を説明したものです。ご加入にあたっては必ず「重要事項のご説明 契約概要のご説明・注意喚起情報のご説明」をご覧ください。また、詳しくは「ご契約のしおり(普通保険約款・特約)」をご用意していますので、取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。ご不明な点につきましては、取扱代理店または引受保険会社にお問合わせください。
- 他の保険契約等の有無については、危険に関する重要な事項の告知事項として加入申込票に記入していただきます。正しく記入しただけなかった場合には、ご契約を解除することがありますのでご注意ください。
- 健康状態告知書質問事項の回答内容や加入申込票記載事項(職種・年齢・他保険加入状況・保険金請求歴等)等により、ご契約のお引受けをお断りしたり、引受条件を制限させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。
- 親介護一時金支払特約について、引受保険会社が保険金をお支払いした場合は、継続時に必ず補償内容の見直しが必要となりますので、ご注意ください。

あいおいニッセイ
同和損保あんしん
サポートセンター

事故の
場合は

事故が起きた場合は
遅滞なく取扱代理店または
右記にご連絡ください。

0120-985-024 (無料)

24時間・365日受付

※IP電話からは0276-90-8852
(有料)におかけください。

※おかけ間違いにご注意ください。

(ご注意)

この保険契約は、複数の損害保険会社による共同保険契約(引受幹事保険会社: あいおいニッセイ同和損害保険株式会社)であり各引受保険会社は引受割合に応じて連帯することなく単独別個に責任を負います。引受幹事保険会社は他の引受保険会社を代理・代行して保険料の受領、保険証券の発行、保険金のお支払いその他の業務を行っております。実際に引受けを行う保険会社、およびその引受割合は変更になる可能性があります。これらに係る確定内容を知りたい場合には、取扱代理店または引受保険会社にお問合わせください。

【引受割合】	幹事		非幹事			
	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社	楽天損害保険株式会社	三井住友海上火災保険株式会社	東京海上日動火災保険株式会社	損害保険ジャパン株式会社	AIG損害保険株式会社
交通災害保険	9%	17%	—	—	44%	30%
基本プラン・オプション(医療セット以外)	60.1%	13%	15.5%	11.4%	—	—
医療セット	100%	—	—	—	—	—
所得補償保険	7%	—	50%	1%	42%	—
GLTD	48%	—	28%	1%	23%	—

● お問合わせ先

(取扱代理店)

野村不動産ソリューションズ株式会社
〒163-0576 東京都新宿区西新宿1-26-2 新宿野村ビル
TEL: 03-6866-2800
FAX: 03-6866-2890
E-mail: hoken01@nomura-re.co.jp

(引受幹事保険会社)

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
金融法人第一部 営業第一課
〒103-8250 東京都中央区日本橋3-5-19
TEL: 050-3462-4550