

北海道盲導犬協会より感謝状!

～PR犬 グレン号(♂6歳)全道庁労連本部来訪～

2022年9月6日(公財)北海道盲導犬協会から感謝状をいただきました。

全道庁労連は「社会貢献型がん保険」の取り組みによる寄付を(公財)北海道盲導犬協会に対して定期的におこなっています。

今後も組合員のがん保険への加入推進を通じて盲導犬育成事業や視覚障がい者の福祉向上のために支援を続けていきます。



盲導犬キャンペーン犬「グレン号」

TOPICS!

“やさしさ”実現へ一歩

ご契約を頂くことで、あなたも社会貢献ができます。

全道庁労連は、社会貢献事業の一環として1994年から「社会貢献型がん保険」の加入促進に取り組み、社会貢献活動としてご契約いただいた保険料の取扱事務費の一部を(公財)北海道盲導犬協会に寄付しています。

道内では、年間約600人が糖尿病や交通事故などにより視力を失っています。しかし、盲導犬協会が育成できる盲導犬の年間頭数は12頭～15頭というのが現状であり、希望者の約5%しかカバーされていません。盲導犬1頭の育成費は約500万円といわれています。

みなさまのご契約が視覚障がい者の自立援助の大きな杖となっています。

また、全道庁労連本部内に、(公財)北海道盲導犬協会の「ミーナの募金箱」を設置し、組合員や来客のみなさまに募金のご協力をいただいております。会議等で、自治労会館にお越しの際には、ぜひご協力をお願いします。

公益財団法人 北海道盲導犬協会とは?

1970年にボランティアが中心となり設立され、

1. 盲導犬の育成、貸与、フォローアップ
2. 視覚障がい者の生活訓練
3. 各種相談、啓発活動

などを、募金を主財源として実施している団体です。

盲導犬の育成資金が
まだまだ不足しております。
盲導犬育成に
あたたかいご協力
をお願いいたします。

切り取り線

社会貢献型 がん治療保険のご案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、この度、有限会社 北海道共済会が推奨するアクサ生命保険株式会社の社会貢献型 がん治療保険をご案内させていただきます。

社会貢献型 がん治療保険は、主に「ガンの保障」に対応することのできる保険商品であり、自治労全北海道庁労働組合連合会の組合員のみなさまの福利厚生制度の一環として、ご提案させていただいておりますので、ぜひこの機会にご検討くださいますようお願い申し上げます。

つきましては、本商品の詳しいご案内やお申込みをご希望の方は、「ご希望書」に必要事項をご記入のうえ、切り取り線にて切り離し、下記提出先までご提出くださいますよう重ねてお願い申し上げます。

敬具

【推奨理由】

有限会社 北海道共済会は、これまでのガン保険の取扱い実績と付帯サービスの充実などを理由とする会社方針により、アクサ生命保険株式会社の社会貢献型 がん治療保険をおすすめしております。

ご契約いただいた保険料の取扱事務費の一部を自治労全北海道庁労働組合連合会が(公財)北海道盲導犬協会へ定期的に寄付をします。

盲導犬キャンペーン犬「グレン号」



【ご希望書ご提出期限】

随時受付中

【ご希望書ご提出先】

各総支部・札幌大労組

お問合せ先：全道庁労連共済センター
〒060-0806
札幌市北区北6条西7丁目
北海道自治労会館
TEL 011-756-8470

ご不明な点などにつきまして、下記までお問合せください。

【お問合せ先・取扱募集代理店】お 問 合 せ 先:全道庁労連共済センター
取扱募集代理店:有限会社 北海道共済会

有限会社 北海道共済会では、個人情報保護の重要性を認識し、個人情報の保護に関する法律(個人情報保護法)及び関連法令、ガイドラインなどを遵守し、お客さまよりお預かりした個人情報の適正な取り扱いを実施いたします。弊社は個人情報の取り扱いが適正に行われるように、全役員及び従業員への教育・指導を徹底し、継続的に改善を行い、適正な取り扱いが行われるよう取り組んでまいります。また、個人情報保護法に関する社内体制の整備・維持・改善に努めてまいります。

【集 団 名】自治労全北海道庁労働組合連合会

【引 受 保 険 会 社】アクサ生命保険株式会社

■このご案内は商品の概要を説明しています。ご契約の際には、「パンフレット」「重要事項説明書(契約概要・注意喚起情報・その他重要なお知らせ)」「ご契約のしおり・約款」を必ずご覧ください。

引受保険会社
アクサ生命保険株式会社
〒108-8020 東京都港区白金1-17-3
TEL 03-6737-7777 (代表)
www.axa.co.jp/



取扱募集代理店・お問合せ先
有限会社 北海道共済会
〒060-0806 札幌市北区北6条西7丁目5-3
TEL 011-716-4008

お問合せ先 **アクサ生命保険株式会社 制度推進部**
【照会先】法人ビジネス業務部
〒108-8020 東京都港区白金 1-17-3
TEL03-6737-7450

Form No.0D4763(8.0) AXA-A1-2305-2335/9W2 2023.07.07

がん治療保険

保障内容 保険期間・保険料払込期間：10年
 上皮内新生物治療給付特約付がん治療保険(無解約払いもどし金型)

1/2口(基本給付金額5万円)、1口(基本給付金額10万円)、2口(基本給付金額20万円)でご用意しています。
 ※詳しくは、ご希望書にてパンフレットをお取り寄せください。

+ アクサ
 メディカル
 アシスタンス
 サービス
 ご利用いただけるサービス
 についてはアクサ生命ホーム
 ページでご確認ください。

		このようなときにお支払いします	1口(基本給付金額10万円の場合)
主契約	がん手術 (がん手術給付金)	がんにより手術を受けたとき 何度でも保障 入院しなくても保障	1回につき 20万円
	特定のがん手術 (がん特定手術サポート給付金)	がんにより以下の手術を受けたとき*1 食道、胃、小腸、結腸、直腸、肛門の切除術および全摘出術 何度でも保障 入院しなくても保障	1回につき 20万円
	がん放射線治療 (がん放射線治療給付金)	がんにより放射線治療を受けたとき 60日に1回を限度として 何度でも保障 入院しなくても保障	1回につき 20万円
	化学療法 (抗がん剤治療) (化学療法給付金)	がんにより化学療法(抗がん剤治療)を受けたとき 月1回、 通算60ヵ月限度で保障 入院しなくても保障	1回につき 10万円
	緩和ケア (緩和療養給付金)	がんによる疼痛などの緩和のために 緩和ケアを受けたとき 月1回、 通算60ヵ月限度で保障 入院しなくても保障	1回につき 10万円
特約	上皮内新生物手術 (上皮内新生物手術給付金)	上皮内がんにより手術を受けたとき 何度でも保障 入院しなくても保障	1回につき 20万円
	上皮内新生物放射線治療 (上皮内新生物放射線治療給付金)	上皮内がんにより放射線治療を受けたとき 60日に1回を限度として 何度でも保障 入院しなくても保障	1回につき 20万円

10年ごとに90歳まで自動更新
 90歳以降は一生保障

+ 特約を付加することで、保障をさらに充実させることができます。(任意付加)

		任意付加の特約	給付額
プラス保障	がん先進医療給付特約(12)	がんにより先進医療*3による療養を受けたとき 1回の療養につき1,000万円限度、通算2,000万円限度 入院しなくても保障	1回の療養につき 先進医療にかかる 技術料と同額 *4
	がん先進医療一時金	がん先進医療給付金が支払われる療養を受けたとき 入院しなくても保障	1回の療養につき 15万円
	がん入院給付特約	がんにより入院したとき がん入院給付金日額×入院日数 お支払日数は無制限	1日につき 5,000円～30,000円 *5
	上皮内新生物入院給付特約	上皮内がんにより入院したとき がん入院給付金日額×入院日数 お支払日数は無制限	1日につき 5,000円～30,000円 *5

*1 ファイブスコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術は除きます。
 *2 上皮内新生物治療給付特約は、あらかじめ主契約に付加されます。
 *3 お支払いの対象となる医療行為や医療機関の範囲には制限があります。先進医療の種類およびその取扱保険医療機関は適宜見直されるため、療養を受けた時点で先進医療でなくなっている場合、この特約からのお支払いはありません。
 *4 公的助成などにより自己負担額が発生しない場合など、先進医療にかかる技術料が「0」となる場合は、この特約からのお支払いはありません。
 *5 **がん入院給付金日額は、5,000円～30,000円の範囲内で、1,000円単位で選択できます。**
 ※給付金などのお支払いは、責任開始期以後に診断確定された所定のがんまたは所定の上皮内新生物を直接の原因とした場合に限りです。

給付金などのお支払いにはアクサ生命所定の条件があります。詳しくは「重要事項説明書」「ご契約のしおり・約款」を必ずご覧ください。

ご希望書

ご記入日： 年 月 日

この保険商品は、主に「がんの保障」に対応することのできる保険商品です。
 本商品の詳しいご案内やお申込みをご希望の方は、以下の必要事項にご記入のうえ、切り取り線にて切り離し、各総支部・札医大労組までご提出ください。

ご記入者	フリガナ			
	漢字			
	性別	男性 ・ 女性	生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	-			
現住所 (お送りした住所と異なる場合にご記入ください)	フリガナ			
	〒			

※手続きにあたり本書面に記入した事項を、引受保険会社であるアクサ生命保険株式会社に提供することに同意いたします。

ご希望欄

被保険者 (保障の対象となる方)	ご希望内容
ご本人さま ご希望欄	1/2口 1口 2口
ご家族さま ご希望欄	1/2口 1口 2口
ご家族さま ご希望欄	1/2口 1口 2口
ご家族さま ご希望欄	1/2口 1口 2口

○保険契約には、申込書類のご提出が必要です。
 ○アクサ生命では、お客さまの個人情報をご利用させていただいております。
 ・ 保険契約のお引受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
 ・ 関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
 ・ アクサ生命の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
 ・ その他保険に関連・付随する業務
 アクサ生命の個人情報の取扱いに関する「個人情報の取扱いについて プライバシーポリシー」は、アクサ生命ホームページ www.axa.co.jp/ をご覧ください。
 ※取扱募集代理店の個人情報取扱などについて詳しくは、表紙に記載の[取扱募集代理店・お問合せ先]をご覧ください。

その他の商品(保障)をご希望の方へ

今回のご案内以外にご希望の商品(保障)がございましたら、以下にご記入ください。