

長期収入サポート制度

団体総合生活保険(団体長期障害所得補償:GLTD)

突然の病気やケガで働けなくなった場合
最長60歳までお給料をまもるUCCグループ
オリジナルの制度です。



会社もバックアップ
みんなの
給与をまもる制度!



漫画素材:「ブラックジャックによろしく」著者:佐藤秀峰
<2次利用フリーで公開されている漫画作品を利用させて頂きました。>

長期収入サポート制度とは!?
裏面へつづく!

「長期収入サポート制度」の概要

本制度は、万が一病気やケガで長期間仕事ができなくなった時の収入の一部を補償する福利厚生制度です。
ベースとなる会社負担の「全員加入」に加え、個人負担で補償を上乗せできる「任意加入」の2階建てになっています。

1 階部分

全員加入（会社負担）

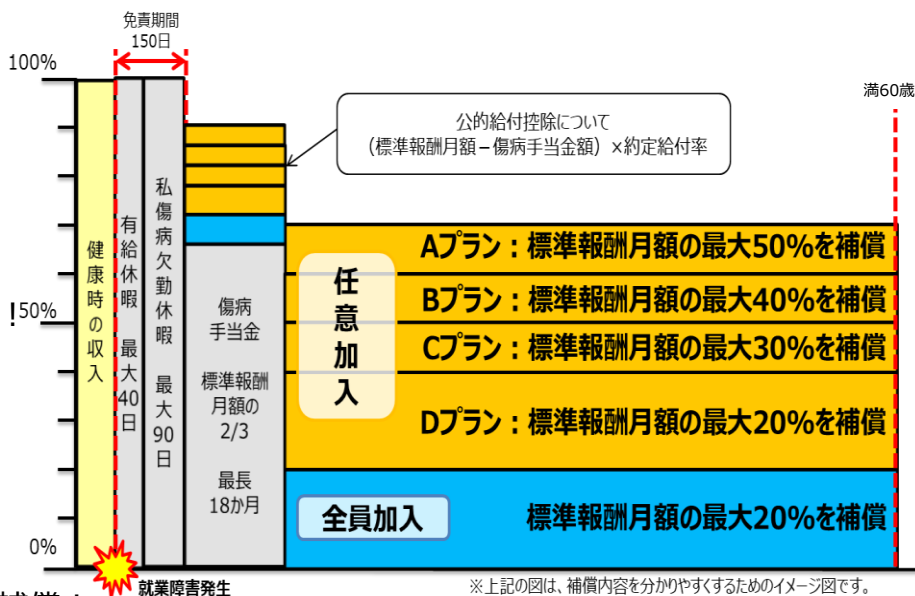
免責期間(補償開始までの待機期間)
150日経過後、収入※1の最大
20%を最長**満60歳**まで※2補償！

2 階部分

任意加入（個人負担）

全員加入と合わせて収入※1の
最大**70%**を最長**満60歳**まで※2補償！

団体割引20%が適用されているため
小さな負担で大きな補償が得られます！



▶個人のライフプランに合わせて、
4プラン(50%、40%、30%、20%)から補償を選択できます。

「長期収入サポート制度」の3つの特徴

1 最長満60歳まで※2収入※1を補償するのロングサポート！

病気やケガで働くことが出来ない状態が続く限り、退職後も補償が続きます！
「全員加入」と「個人加入」を組み合わせる事で、**収入※1の最大70%を補償する制度**です。

2 休職から復帰しても補償が続きます！

就業障害が残り復職した場合で、復職後の所得が健康時の所得に比べて、
20%を超える所得の喪失がある際には、所得喪失率に応じて保険金をお受取りいただけます。

3 幅広い補償範囲！

病気やケガの原因は、国内外、業務中・業務外問わず24時間補償対象です。
一般的な保険ではカバーされない**精神障害も最長2年間補償されます。**

※1 健康保険法上の標準報酬月額（残業代などの諸手当を含む月収相当の金額）

※2 満60歳の誕生日まで補償。ただし補償期間が3年に満たない場合は最長3年間補償。精神疾患は最長2年間補償。

このチラシは長期収入サポート制度(団体総合生活保険(団体長期障害所得補償：GLTD))の概要についてご紹介したものです。
ご加入にあたっては必ず「重要事項説明書」をよくお読みください。ご不明な点等がある場合は代理店までお問い合わせください。

お問い合わせは
お気軽に

<取扱代理店>

アップエージェント株式会社

株式会社アドバンテッジリスクマネジメント

0120-69-8881

0120-921-387

長期収入サポート制度 任意加入お申し込み方法のご案内

本制度のお申し込みが**オンラインで実施可能**になります！
補償内容や保険料も**web上で簡単にチェックができます**ので、まだ加入されていない方は是非この機会にご検討ください！

Step① プランの選択

ご希望のタイプを選択後、「確定する」をおしてください。

ご選択いただけるタイプは一つです。タイプを変更すると、変更前の補償は削除されます。

団体長期障害所得補償 **補償の説明**

東海 太郎 様

タイプのご選択
(保険の対象となる方の範囲)

すべて

	未選択	AM	BM	CM	DM
保険の対象となる方の範囲		本人型	本人型	本人型	本人型
1口あたり1回分の保険料		1,320円	810円	620円	460円
ご賞状		口数 1 ▼	口数 1 ▼	口数 1 ▼	口数 1 ▼
基本補償1口あたり		選択する	選択する	選択する	選択する
保険金支払方法		定率型	定率型	定率型	定率型
公的給付控除		あり	あり	あり	あり

選択中のプラン

確定する

「補償の説明」をクリックすると本制度のパンフレットが閲覧できます。

補償内容と保険料を見比べて、加入したいプランをお選びください！

Step② 健康状態の告知 + お客様情報の確認

お客様の情報をご入力ください。

お名前（漢字・カナ）、所属名等についてご確認いただき、変更があれば訂正してください。

加入のお申し込みをされるお客様（ご加入者）

お名前

漢字
例：東海 太郎
東海 太郎

カナ
例：トウカイ タロウ
トウカイ タロウ

他の保険契約等

他の保険等につきましてはこちらをご確認ください。

お住まいがご加入者となる場合はチェックして、郵便番号、本人のご住所（市町村）をご入力ください。

☒ チェック ☐ 郵便番号、ご住所がご加入者と異なる。

戻る

次へ進む

健康状態について**正しく告知**をしていただき、氏名、生年月日などに誤りがないかご確認をお願いします。

また、本制度と同様に**就業不能時の収入を補償する保険契約等**に加入している場合には、その内容もご回答ください。

Step③ お申し込み内容の確認

以下の内容をご確認いただき、重要事項説明書を必ず表示してご確認のうえ、ご同意いただける場合は、「加入する」ボタンをおしてください。

私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、契約者である[氏名]に対して加入を依頼します。

- 私が契約者である[氏名]は、[団体名]の構成員であること
- 個人情報の取り扱いに関するご案内の内容
- 健康状態に関する質問にご回答（ご入力）いただいた場合、告知の大切さに関するご案内の内容
- 重要事項説明書の内容
- 重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容

重要事項説明書はPDFファイルでの提供となります。「重要事項説明書を表示する」ボタンをおしていただき、PDFファイルを保存もしくは印刷して書面を保管されることをおすすめします。

重要事項説明書を表示する

(※) 重要事項説明書の印刷は、印刷のうえに「ご加入内容確認事項」を含みます。

この保険契約は[団体名]と[氏名]との間で締結され、団体の構成員等を保険の対象とする団体契約です。保険証券を請求する権利、保険契約を解約する権利等は原則として[氏名]が有します。また、満期日までにご加入者から更新しない旨のお申し出がなければ、団体との取り決めで原則自動更新されます。

「加入する」ボタンをおすと、加入手続きが完了します。加入手続き完了後、メールにて加入手続き受付通知を送信します。

戻る

加入する

お申し込みいただいた内容と、**重要事項説明書の内容**をご確認いただき「加入する」のボタンを押していただくとお手続き完了となります。

※重要事項説明書を開かないと「加入する」ボタンは選択できません。