

宮司のための「THE カラダの保険」のご案内

この保険は、神社の宮司が一年を通じてケガに備えるTHE カラダの保険です。

法人の代表者である神社の宮司は政府労災の対象外となります。医師による診査は不要です。

また、国内・国外を問わず、業務中・業務外の 24 時間補償で宮司向けの補償内容になっています。

●補償内容と保険料

<保険期間：1年> 被保険者年齢 60 歳 「傷害・所得プラン（ケガの補償のみ）」熱中症特約（傷害条項用）セット

ご契約コース	1コース	2コース	3コース	4コース
	個人型	個人型	個人型	夫婦型
死亡保険金額	3,000万円	2,000万円	1,000万円	500万円
後遺障害保険金額	後遺障害の程度に応じて死亡保険金額の4%~100%			
入院保険金日額（180日限度）	10,000円	7,000円	5,000円	5,000円
手術保険金額	入院保険金日額の10倍（入院時）または5倍（外来時）			
通院保険金日額（30日限度）	3,000円	2,500円	2,000円	1,500円
保険料（一括払）	64,596円	45,780円	27,792円	33,948円
保険料（月払、口座振替）	5,666円	4,016円	2,437円	2,978円

※ この保険では、宮司や権宮司など役員が対象となります。※4コースの夫婦型では配偶者の保険金額は同額になっています。

※ 70歳以上でのお申込みにつきましては、補償内容や保険料が異なりますので、事前に取扱代理店にご相談ください。

●この保険の特長

- ・ご加入に際し健康診断や医師の診査の必要はなく、契約手続きは簡単です。
- ・熱中症による入通院等も補償します。（上記プランは熱中症特約がセットされています）
- ・業務中・業務外を問わず、24時間365日、さまざまなケガを補償します。
- ・日本国内だけでなく海外におけるケガも対象です。

●このような時に保険金をお支払いします

- (1) 祭礼奉仕中にケガをした (2) 清掃奉仕中にケガをした
 (3) 自転車搭乗中にケガをした (4) 国内出張中にケガをした
 (5) 海外旅行中にケガをした (6) スポーツ中にケガをした など

《具体例》 奉仕中に転倒し、足を骨折したため、完治までに2週間の入院をし、その後10日間の通院をして完治した。

1コース加入の場合 ⇒ 入院1.4万円、通院3万円 合計1.7万円のお支払い

●ご契約に際しての注意事項

- ・この保険は急激かつ偶然な外来な事故によりケガをした場合に補償されるものです。脳疾患や心臓病などの疾病（病気）は補償されませんのでご注意ください。

「THE カラダの保険」は個人用傷害所得総合保険のペットネームです。このご案内は概要について説明しています。詳しくはパンフレットまたは、「ご契約のしおり」をご覧ください。お支払いできない場合など詳細は取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

【お問い合わせ・お申込み】

神社本庁指定取扱代理店 有限会社村上（村上代理店）

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 4-5-10

通話料無料：0120-280-010

TEL:03-6447-5455 FAX:03-6447-5456

（受付時間：平日午前9時から午後5時まで）

引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社 団体・公務開発部第三課

〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1

TEL:03-3349-5408 FAX:03-6388-0162

（受付時間：平日午前9時から午後5時まで）

宮司のための「THE カラダの保険」事前お申込みシート

確認後、取扱代理店より正式なお見積書と申込書一式をご郵送します。

なお、この事前お申込みシートのご送付のみにてご契約は成立しませんのでご了承ください。

●お申込みのプランについて<保険期間：1年>

ご契約コース	1コース	2コース	3コース	4コース
	個人型	個人型	個人型	夫婦型
死亡保険金額	3,000万円	2,000万円	1,000万円	500万円
後遺障害保険金額	後遺障害の程度に応じて死亡保険金額の4%~100%			
入院保険金日額(180日限度)	10,000円	7,000円	5,000円	5,000円
手術保険金額	入院保険金日額の10倍(入院時)または5倍(外来時)			
通院保険金日額(30日限度)	3,000円	2,500円	2,000円	1,500円
保険料(一時払)	64,596円	45,780円	27,792円	33,948円
保険料(月払、口座振替)	5,666円	4,016円	2,437円	2,978円

●お申込みについて

* 以下のご質問にお答えください。

質問1 加入者の氏名 回答 _____ です。

質問2 加入者の生年月日は? 回答 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。

質問3 お申込みのタイプは? 回答 _____ コースの(1)・(2)・(3)・(4)です。

該当に○印をしてください。

質問4 支払方法は? 回答 _____ 一括払 または _____ 月払(口座振替)を希望します。

ご質問やご不明な点についてご記入ください。

上記内容にて「THE カラダの保険」の加入を検討したいのでお見積書、申込書の送付をお願いします。

(社 名) _____ (宮 司 名) _____

(所 在 地) _____ (電 話 番 号) _____

(担 当 者 名) _____

ご連絡先 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 4-5-10
有限会社村上 (村上代理店)

FAX 03-6447-5456

郵便での送付かFAXにて送信してください。なお、FAX番号をお間違えないようご注意願います。

契約者および被保険者は、損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。