

「一人親方上乗せ補償」は、大きな安心を組合員のみなさまへ

2023年度

一人親方上乗せ補償

労働災害
総合保険

特別加入者担保特約、通勤災害担保特約
職業性疾病担保特約、石綿損害等不担保特約 セット

特長

1. 予算で選べるA、Bの2タイプ
2. 後遺障害1級から14級までを補償
3. 休業補償日額3,000円も補償
4. 職業性疾病も対象

*職業性疾病とは

労働基準法施行規則第35条に規定されている疾病のうち、被用者が長期間にわたり業務に従事することにより、その業務特有の性質または状態に関連して有害作用が蓄積し、発病したことが明白なものをいいます。(例:有機溶剤中毒やパネ指など)
石綿または石綿を含む製品の発がん性その他有毒な特性に起因する身体の障害については保険金をお支払いしません。

5. 建設埼玉独自の制度のため、個別加入より割安な保険料

万一の労働災害に備え「上乗せ補償」

政府労災の特別加入者(一人親方)が、業務上や通勤中に災害を被り労災認定を受けた場合に、政府労災の上乗せとして保険金をお支払いします。

事故例1 仕事中、誤って転落!



4日目から
休業160日

3,000円×160日=
支払保険金 **480,000円**

事故例2 現場より車で帰宅中、対向車と正面衝突し重傷



4日目から
休業360日

3,000円×360日=
支払保険金 **1,080,000円**

契約プランと保険料

2022年11月現在

Aプラン

基本補償

死亡補償保険金

1,000万円

業務上の事由、または通勤により被ったケガや疾病により死亡した場合に...

休業補償保険金

日額 3,000円

業務上の事由、または通勤により被ったケガや疾病により休業した場合に賃金を受けない日の第4日目以降の期間に対してお支払いする保険金。ただし、1.092日分を限度とします。

後遺障害補償保険金

1,000万円~30万円

業務上の事由、または通勤により被ったケガや疾病により後遺障害1級から14級を被った場合
【単位:万円】

後遺障害	1~3級	4級	5級	6級	7級	8級
保険金額	1,000	800	700	600	500	300
後遺障害	9級	10級	11級	12級	13級	14級
保険金額	200	150	100	70	50	30

※死亡補償保険金と後遺障害補償保険金の重複支払いは行わず、死亡補償保険金額を限度とします。

Aプラン保険料

年間保険料

10,740円

Bプラン

基本補償

死亡補償保険金

500万円

業務上の事由、または通勤により被ったケガや疾病により死亡した場合に...

休業補償保険金

日額 3,000円

業務上の事由、または通勤により被ったケガや疾病により休業した場合に賃金を受けない日の第4日目以降の期間に対してお支払いする保険金。ただし、1.092日分を限度とします。

後遺障害補償保険金

500万円~15万円

業務上の事由、または通勤により被ったケガや疾病により後遺障害1級から14級を被った場合
【単位:万円】

後遺障害	1~3級	4級	5級	6級	7級	8級
保険金額	500	400	350	300	250	150
後遺障害	9級	10級	11級	12級	13級	14級
保険金額	100	75	50	35	25	15

※死亡補償保険金と後遺障害補償保険金の重複支払いは行わず、死亡補償保険金額を限度とします。

Bプラン保険料

年間保険料

7,740円

「労働災害総合保険」 の内容

- 埼玉県建設労働組合(建設埼玉)の組合員で政府労災特別加入者(一人親方)が加入できます。
- 加入は各地区本部にて受け付けさせていただきます。
保険期間(補償期間):2023年4月1日16時から2024年4月1日16時まで
※中途加入の場合:毎月15日締切(建設埼玉事務局 加入依頼書到着分)(休日(土・日・祝日)の場合は前日)→補償は翌月1日16時からです。
- 保険の詳細については取扱代理店・扱者までお問い合わせください。

- この案内文書は保険商品の概要をご説明したものです。詳細につきましては、取扱代理店・扱者または引受保険会社にお問い合わせください。また、ご契約に際しては、保険商品についての重要な情報を記載した重要事項説明書(「契約概要」「注意喚起情報」等)を、事前に必ずご覧ください。
- 引受保険会社の損害保険募集人は、保険契約の締結の代理権を有しています。

引受保険会社

AIG損害保険株式会社

東京第二プロチャネル営業部

〒163-0814 東京都新宿区西新宿2-4-1 新宿NSビル

<https://www.aig.co.jp/sonpo>

お問い合わせ先: TEL 03-6894-9110

午前9時~午後5時(土・日・祝日・年末年始を除く)

お問い合わせ先(取扱代理店)

リアルバード株式会社

担当:大河原 義徳

TEL: 03-5337-2337 FAX: 03-5337-2339

〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-18-5 VORT西新宿3F

ご加入は裏面を
ご記入いただき
FAXください

労働災害総合保険の内容

	保険金をお支払いする場合	保険金をお支払いできない主な場合							
法定外補償条項	一人親方が業務上の事由により被った身体の障害について保険証券に記載された金額をお支払いします。 お支払いする保険金の種類	【共通】 <ul style="list-style-type: none">● 保険契約者、被保険者またはこれらの事業場責任者の故意による身体の障害● 地震、噴火またはこれらによる津波による身体の障害● 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動による身体の障害● 核燃料物質の放射性、爆発性その他の有害な特性の作用による身体の障害● 一人親方の下請負人またはその被用者が被った身体の障害● 風土病による身体の障害…など							
	<table><tr><td>死亡補償保険金 【基本補償】</td><td>一人親方が死亡した場合にお支払いする保険金をいいます。</td></tr><tr><td>後遺障害補償保険金 【基本補償】</td><td>一人親方が後遺障害（1～14級）を被った場合にお支払いする保険金をいいます。</td></tr><tr><td>休業補償保険金 【基本補償】</td><td>一人親方が休業した場合に、賃金を受けない日の第4日目以降の期間に対してお支払いする保険金をいいます。（1,092日分を限度とします。）</td></tr></table>		死亡補償保険金 【基本補償】	一人親方が死亡した場合にお支払いする保険金をいいます。	後遺障害補償保険金 【基本補償】	一人親方が後遺障害（1～14級）を被った場合にお支払いする保険金をいいます。	休業補償保険金 【基本補償】	一人親方が休業した場合に、賃金を受けない日の第4日目以降の期間に対してお支払いする保険金をいいます。（1,092日分を限度とします。）	【法定外補償条項】 <ul style="list-style-type: none">● 一人親方の故意または重大な過失のみによって、その一人親方が被った身体の障害● 一人親方が、法令に定められた運転資格を持たないで、または酒気を帯びた状態でもしくは麻薬、大麻、シンナーなどの影響により正常な運転ができないおそれがある状態で車両を運転している間にその一人親方が被った身体の障害● 一人親方の故意の犯罪行為によりその一人親方が被った身体の障害● 賃金の支払いを受けない休業期間の最初の3日までの休業に対する補償金…など
	死亡補償保険金 【基本補償】		一人親方が死亡した場合にお支払いする保険金をいいます。						
	後遺障害補償保険金 【基本補償】		一人親方が後遺障害（1～14級）を被った場合にお支払いする保険金をいいます。						
休業補償保険金 【基本補償】	一人親方が休業した場合に、賃金を受けない日の第4日目以降の期間に対してお支払いする保険金をいいます。（1,092日分を限度とします。）								
※保険金のお支払いにあたっては、労災保険法等による給付決定が要件となります。 ※身体の障害の区分は、労災保険法等における認定区分になります。 ※死亡補償保険金と後遺障害補償保険金の重複支払いは行なわず、死亡補償保険金を限度とします。	【職業性疾病担保特約での補償】 <ul style="list-style-type: none">● 石綿または石綿を含む製品の発がん性その他の有害な特性に起因する一人親方の身体の障害…など								
保険金の給付方式									
	<table><tr><td>定 額 方 式</td><td>「金額」で保険金額を定める方式をいいます。</td></tr></table>	定 額 方 式	「金額」で保険金額を定める方式をいいます。						
定 額 方 式	「金額」で保険金額を定める方式をいいます。								
自動セット特約	通勤災害担保特約 一人親方が通勤（出退勤）により身体の障害を被った場合に、法定外補償条項の保険金をお支払いします。								
	職業性疾病担保特約 一人親方が業務上の事由により被った職業性疾病について法定外補償条項の保険金をお支払いします。 ※労災保険法等によって発病日と認定された日が保険期間内である場合のみお支払いします。								
	石綿損害等不担保特約								

■中途加入の際の保険料表(一時払)

(単位:円)

補償開始日	4/1	5/1	6/1	7/1	8/1	9/1	10/1	11/1	12/1	1/1	2/1	3/1
残 期 間	1年間	11か月	10か月	9か月	8か月	7か月	6か月	5か月	4か月	3か月	2か月	1か月
Aプラン	10,740	9,850	8,950	8,050	7,160	6,260	5,380	4,480	3,580	2,690	1,800	890
Bプラン	7,740	7,100	6,450	5,820	5,160	4,520	3,870	3,230	2,580	1,950	1,290	650

※毎月15日締切(建設埼玉事務局 加入依頼書到着分(休日(土・日・祝日)の場合は前日))→補償は翌月1日(保険期間開始日)から

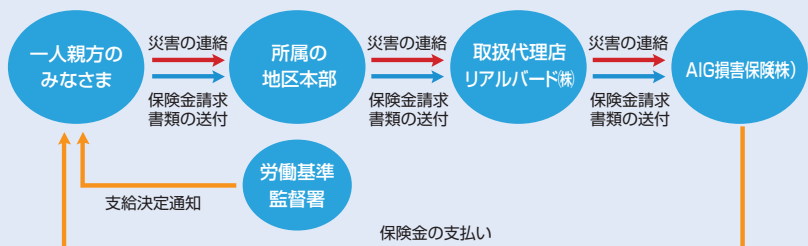
■労働災害が発生した場合は

労働災害が発生した場合には、遅滞なく発生の日時、場所、被災者の住所・氏名・身体の障害の程度等を所属地区本部にご連絡ください。

保険金請求の際には、次の書類をご用意ください。

- ①政府労災保険の「給付請求書」(写)および「支給決定通知書」(写)
- ②保険金請求書(AIG損害保険(株)所定用紙)
- ③その他AIG損害保険(株)よりお願いする書類

保険金の請求について



お申込みFAX▶048-780-2020 一人親方上乗せ補償担当者行

地区本部名	組合番号						
氏 名							
日中の連絡先							