

アフラックの〈WAYS(ウェイズ)〉の
保険料を**改定**いたしました!



未来の自分が決める保険

WAYS

ウェイズ

自分らしい人生を叶えるために、自分の資産は自分で作る!守る!

年金としても活用できる 死亡保障です

■30歳・男性の場合■

保険金額500万円【個別取扱】 保険期間:終身 保障移行可能年齢:65歳 保険料払込期間:65歳払済

65歳までの累計払込保険料

3,767,400円

(月払保険料8,970円×12ヶ月×35年)

年金

年金コースに変更し年金として5年に分けて受取る場合

〈65歳から5年間年金を受取る場合〉

年金受取総額

4,241,690円

(年額 848,338円×5年間)

戻り率

112.5%

解約
払戻金

死亡保障を継続し一時金(解約払戻金)として受取る場合

〈65歳契約応当日に解約した場合〉

解約払戻金

4,223,265円*

戻り率

112.1%

〈WAYS〉は、年金コース以外にも医療保障コース 介護年金コースへ変更、
または死亡保障を継続することもできます。詳しくは裏面をご覧ください。

* 解約払戻金は死亡保障を継続し、解約される場合に受け取れます。65歳の契約応当日前日までに解約された場合、解約払戻金は表示額より少なくなります。また、短期間で解約された場合、解約払戻金はないかあってもごくわずかです。

⚠ ●ご契約内容やご契約の経過年数などによっては、保険金額、年金額、解約払戻金が累計払込保険料を下回る場合がありますのでご注意ください。
●戻り率はご契約内容などによって異なります。●商品の詳細は「契約概要」などをご確認ください。●記載の保険料および解約払戻金・戻り率などは、2022年11月2日現在のものとなります。

◎詳しい保障内容については、パンフレット(契約概要)をご覧ください。

資料のご請求は裏面記載の「WEB」または「返信カード」をご利用ください。

ライフプランに合わせて 将来、保障内容を変更できます。

ご契約 **死亡保障** **65歳コース変更** 下記の保障があなたをお守りします

保険金額500万円 保障移行可能年齢:65歳の場合

<p>もしもの時の安心を確保!</p> <p>保険期間:終身</p> <p>死亡保障</p> <p>死亡または高度障害状態になったとき [死亡・高度障害保険金]</p> <p>500万円</p>	<p>将来のニーズに合わせて ご希望のコースを選択</p>	<p>65歳時に変更 (63歳時にコース選択)</p>	<p>「医療保障」コース</p>	<p>65歳時のご健康状態にかかわらず、 一生涯の「病気・ケガ」の保障を確保できます。</p>
		<p>65歳時に変更 (63歳時にコース選択)</p>	<p>「介護年金」コース*</p>	<p>公的介護保険の認定を受けたときに 家族の介護の負担を軽減する「介護年金」を受け取れます。</p>
		<p>65歳以降何歳でも変更可能</p>	<p>「年金」コース</p>	<p>老後・退職後の暮らしをサポートする「年金」を受取れます。</p>
			<p>「死亡保障」を継続</p>	<p>変更せずに、そのまま一生涯の「死亡保障」を継続することもできます。 解約した場合は解約払戻金があります。</p>

各コースの保障内容についてはお問い合わせください。

●コース変更後の保障内容・金額などは、コース変更時の特約条項・基礎率などに基づいて決まるため、今後変更となる場合があります。
*「介護年金コース」は、お客様にお受け取りいただける介護年金のもととなる金額(年金の原資)が、「死亡保障コース」を継続した場合の解約払戻金を下回る場合には、「介護年金コース」への変更は取り扱いません。
※2022年11月2日時点の「介護年金コース」の特約条項・基礎率では、保険料払込期間15年以上のご契約の場合には当該コースは選択できません。
◎詳しい保障内容については、パンフレット(契約概要)をご覧ください。

こちらから資料請求ができます ▶▶

お気軽に資料をお取り寄せください!

(募集代理店)・お問い合わせ先 _____

(引受保険会社) _____

Aflac アフラック 東京第一法人営業部
〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-6-1 丸の内センタービル19F
Tel.03-6367-3660
AF003-2022-0535 11月24日(231124)

返信カード 下記、お名前、ご連絡先等をご記入ください。(提出先FAX 0120-057-018)

●ご希望の を で囲ってください。

契約を希望する 資料を希望する 説明を聞きたい

ご本人さま	お名前	フリガナ _____ 様	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 ____ 月 ____ 日
	現住所	フリガナ _____ 〒 _____	連絡先	●ご都合のよい時間帯 (_____ 曜日 時頃) TEL. (_____)		
			勤務先名	_____		

ご家族さまがご希望される場合はご記入ください。

ご家族さま	お名前	フリガナ _____ 様	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 ____ 月 ____ 日
	続柄	_____	勤務先名	_____		

通信欄(ご希望やお気づきの点がございましたらご記入下さい。)

東京都看護協会様

(個人情報の取扱いについて)募集代理店 御中 今回提供する個人情報の貴代理店における利用目的が、アフラックの各種商品やサービスの案内・提供・維持管理であることを確認しました。また、これらの利用目的のために貴代理店がその提携先であるアフラックに登録されている代理店と共同して対応する際には、個人情報が当該代理店に提供されることにつき同意します。