

FAX 送信方向

FAX : 0120-337-929

国土交通省団体扱自動車保険 お見積り依頼書

フリガナ		職員番号	※健康保険証の右辺に)記載されている 10桁の番号
お名前 (ご契約者)		所属	
ご連絡先 (携帯可)	()		
メールアドレス			@

1. お車を運転される方の範囲は？

運 転 者	<input type="checkbox"/> ご自身*1のみが運転			<input type="checkbox"/> ご自身*1と配偶者のみが運転			<input type="checkbox"/> 友人・知人も運転		
	ご自身*1の年齢および契約者との続柄			歳			ご契約者との続柄		
	お車を運転される同居のご家族*2のうち、最も若い方の年齢			歳					
	<p>※運転者の年齢条件は同居のご家族*2のみに適応します。ただし、同居のご家族*2が営む事業の従業員の方(別居の未婚のお子様を含みます)が、その業務で運転される場合にはその方にも年齢条件を適用します。</p> <p>*1:ご自身とは、お車を主に使用される方</p> <p>*2:同居のご家族とは、ご自身*1、その配偶者またはこれらの方の同居のご親族をいいます。</p>								

2. お車を主に使用される方(記名被保険者)の運転免許証は？

お車を主に使用される方(記名被保険者)の運転免許証の色	<input type="checkbox"/> ゴールド	<input type="checkbox"/> ブルー	<input type="checkbox"/> グリーン
免許有効年月	令和	年	月

3. お車の使用目的は？

車の主な使用目的	<input type="checkbox"/> 日常・レジャー	<input type="checkbox"/> 通勤・通学	<input type="checkbox"/> 業務使用	年間走行距離	km
----------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------	----

4. ご使用のお車について (車検証を FAX いただければ、記入省略可)

車名		型式	
初度登録	年	月	
過去3年以内の事故	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
福祉車両ですか？	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 不明

5. 現在ご契約の自動車保険について (保険証券の裏表を FAX いただければ、記入省略可)

現在ご契約の等級	等級 (事故有期間	年)			
保険料	円 (月々	円)			
保険始期から満期日	年	月	日	から	年間
車両保険の種類	<input type="checkbox"/> 一般条件	<input type="checkbox"/> 車対車 +A	<input type="checkbox"/> 無	現在の車両保険金額	万円
人身傷害	<input type="checkbox"/> ご契約のお車のみ	<input type="checkbox"/> 車外補償有	<input type="checkbox"/> 無制限	<input type="checkbox"/> その他 (万円)
対人賠償	無制限	対物賠償	無制限		
対物全損時修理差額費用特約	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	ご希望の保険会社		
ファミリーバイク特約	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 三井住友海上		
弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
個人賠償責任特約	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
その他					

ご質問等がございましたら
ご記入ください。

※お客様からいただいた個人情報は、保険商品のお見積り、ご案内に利用し、その他の目的には利用いたしません。
当代理店ページ (<http://www.hoken-design.com/>) に掲載の個人情報の取扱いにご同意のうえ、お見積り依頼書にご記入下さい。