

都教弘損害保険部 自動車保険相談係

行

2018年8月HP

FAX 0120-66-3957 (送送料無料)

コンビニからの送信では
機械使用料がかかります。

自動車保険見積依頼書

カ ナ	勤務先TEL					
お名前	勤務先(校)					
生年月日	西暦	年	月	日	職員番号	所属コード
ご自宅住所	〒	ご自宅TEL			携帯:	

1 車の情報についてお伺いします。

車名	型式					
登録番号	車台番号					
初度登録(検査)年月	西暦	年	月	日	所有者名	申込者と同じ・
先進環境対策車	ハイブリッド車・電気自動車・CNG車	車検満了日	西暦	年	月	日

※先進環境対策車とは車検証にハイブリッド車等の記載がある車です。

2 保険契約の加入状況についてお伺いします。

保険会社名	満期日	西暦	年	月	日
現在の適用等級	等級	過去1年間の保険金支払	(有) (回) ・ (無)	新規契約の方	<input type="checkbox"/>

3 補償内容についてお伺いします。

対人賠償責任保険	無制限	・	千万円	対物賠償責任保険	無制限	・	千万円
人身傷害保険	無制限	・	千万円	搭乗者傷害に関する特約	(有) ・ (無)		
車両保険の加入	(有) 車両保険金額	万円	(一般補償・車両危険限定)	・ (無)			
運転者の限定	(なし) ・ 家族限定	・ 本人・配偶者限定	・ 本人限定				
(タフ・クルマの保険契約で記名被保険者が運転免許証を有する場合に「本人限定」を設定することができます)							
ファミリーバイクに関する特約	(有) ・ (無)						

4 記名被保険者についてお伺いします。

氏名	免許証の色	<input type="checkbox"/> ゴールド	<input type="checkbox"/> ブルー			
生年月日	西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> グリーン	<input type="checkbox"/> その他 ※
次回免許証更新年月	西暦	年	月	日	※運転免許証をお持ちでない方(仮免許や国際運転免許証のみ所持している方を含まず)は、「その他」をお選びください。	

5 運転される方についてお伺いします。

年令条件	年齢を問わず	・ 21才以上	・ 26才以上	・ 35才以上	※同居のご家族の中で 運転する可能性のある一番若い方
使用目的	<input type="checkbox"/> 業務使用 ※1 ※2	<input type="checkbox"/> 通勤・通学使用 ※1	<input type="checkbox"/> 日常・レジャー使用 ※1		
※1 業務使用：ご契約のお車を年間を通じて(注)月15日以上業務(仕事)に使用する場合 通勤・通学使用：「業務使用」に該当せず、ご契約のお車を年間を通じて(注)月15日以上の通勤・通学(最寄りの駅等への送迎は含みません)に使用する場合 日常・レジャー使用：「業務使用」および「通勤・通学使用」のいずれにも該当しない場合 ※2 ご契約のお車を事業にのみ使用する場合は、タフ・クルマの保険ではご契約できません。 (注)「年間を通じて」とは、始期日以降1年間をいいます。保険期間の途中で使用目的が変更になる場合は、その時点以降1年間をいいます。					

6 ご質問・ご希望・その他 連絡先・時間のご希望等ございましたらご記入ください。

※基本契約以外に特約を希望の方はこちらにご記入ください。