

団体扱自動車保険見積依頼書

お名前・
見積書送付先を
ご記入ください。

お名前 (フリガナ)	施設名	
	部署名	
見積書 送付先	(ご自宅 ・ 勤務先) ←どちらかに○をしてください。 〒	
TEL	携帯または自宅	

お見積りご希望の方は、FAXにて、
当紙および自動車保険証券コピー
をご送付ください。

●当見積依頼書

(お名前・見積書送付先をご記入ください)

●現在ご加入の保険証券コピー(両面)



【取扱代理店】
株式会社セイフティケア
03-5770-5662

お問い合わせは、こちらまで!

TEL: 03-5770-5661

〒107-0062

東京都港区南青山1-24-1 アミティ乃木坂

お問い合わせは
お気軽に!



さらに詳しいお見積りをご希望の方は、下記にもご記入またはチェック ください。

1	お車の使用目的は? <input type="checkbox"/> 業務使用 (注1) <input type="checkbox"/> 通勤・通学使用 <input type="checkbox"/> 日常・レジャー使用 ①業務使用:ご契約のお車を年間を通じて(注2)月15日以上業務(仕事)に使用する場合 ②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月15日以上通勤・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 ③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 (注1)ご契約のお車を事業にのみ使用する場合は、「タフビズ事業用自動車総合保険(一般総合自動車保険)」でのご契約となります。「タフ・クルマの保険(個人総合自動車保険)」、「はじめてのクルマの保険(パーソナル自動車保険)」ではご契約できません。 (注2)「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。	記名被保険者の次回運転免許更新年月 4 平成 年 月
	記名被保険者*の生年月日は? *主にお車を使用される方等。 昭和・平成 年 月 日	運転される方を限定されますか? 5 <input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人と配偶者のみ <input type="checkbox"/> 限定しない
	記名被保険者の運転免許証の色?更新月? (注)運転免許証の現物でご確認ください。 <input type="checkbox"/> ゴールド <input type="checkbox"/> ブルー <input type="checkbox"/> グリーン <input type="checkbox"/> その他	5の質問で「本人のみ」以外を選択された場合、運転される方で一番若い方の生年月日は? 6 昭和・平成 年 月 日
		現在のご契約期間中に事故はありましたか? 7 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		ご家族でお車を2台以上所有されていますか? 8 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

☆取扱代理店はこの見積依頼書にご記入いただきましたお客様の個人情報をもとに、お客様に対して、取扱代理店が取扱う保険商品の販売・サービスの提供、保険契約の維持・管理に利用する場合があります。
 ☆このチラシは概要を説明したものです。ご契約にあたっては必ず「タフ・クルマの保険(個人総合自動車保険)」「タフビズ事業用自動車総合保険(一般総合自動車保険)」のいずれかのパンフレットおよび「重要事項のご説明」をあわせてご覧ください。また、詳しくは「ご契約のしおり(普通保険約款・特約)」をご用意していますので、取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。ご不明な点につきましては、取扱代理店または引受保険会社までお問い合わせください。