

二輪・原付用 FAX自動車共済見積りシート

この見積りシートに必要な事項をご記入の上、車検証（原付の場合は市町村が発行する標識交付証明書）と自動車検査証記録事項と、現在ご契約の保険がある場合は、保険証券（または更新のご案内）と一緒にFAXかメールで送付ください。自動車共済係から折り返し見積書をお送りいたします。（こちらの都合により1、2日お待ちいただくことがあります。）

●ご契約者について（組合員）

		申込日		年 月 日	
使用地域	北海道・東北・関東・中部・西日本・沖縄			メールアドレス	@
フリガナ		性別	年齢	電話	()
お名前		男 女	歳	FAX	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
所属組合			生年月日	S・H	年 月 日

●主にバイクを運転される方について（記名被共済者）（ご契約者本人以外の場合のみご記入ください）

フリガナ		性別	ご契約者（組合員）との関係		
お名前		男 女	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 別居扶養親族		
		生年月日	S・H	年 月 日	歳

●現在のご契約について

現在ご加入中の保険会社（共済）名	満期日	現在の等級（事故有期間）	契約期間内の事故の有無
	年 月 日	等級 年	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り（ 件）

●お車について

車名	型式	初度登録（年式）	グレード
		H・R 年 月	

●お見積りする補償について

プラン	対人賠償	対物賠償	搭乗者傷害
<input type="checkbox"/> A	無制限	無制限	500万（医療共済金倍額払）
<input type="checkbox"/> B	無制限	無制限	300万（医療共済金倍額払）
<input type="checkbox"/> C	無制限	無制限	200万（医療共済金倍額払）
<input type="checkbox"/> D	無制限	1000万	500万（医療共済金倍額払）
<input type="checkbox"/> E	無制限	1000万	300万（医療共済金倍額払）
<input type="checkbox"/> F	無制限	1000万	200万（医療共済金倍額払）
<input type="checkbox"/> G	無制限	500万	500万（医療共済金倍額払）
<input type="checkbox"/> H	無制限	500万	300万（医療共済金倍額払）
<input type="checkbox"/> I	無制限	500万	200万（医療共済金倍額払）

※北海道地域の搭乗者傷害は200万のみ

対物免責	<input type="checkbox"/> 0万円 <input type="checkbox"/> 3万円
年齢条件	<input type="checkbox"/> 全年齢 <input type="checkbox"/> 21歳以上 <input type="checkbox"/> 26歳以上 <input type="checkbox"/> 30歳以上 <input type="checkbox"/> 35歳以上 ※原付は「全年齢」と「21歳以上」のみ
各種特約	<input type="checkbox"/> ロードアシスタンス宿泊移動費用特約 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 弁護士費用特約 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

■車種・等級などによって加入制限がある場合があります。■現在のご契約の契約者・契約車両・事故暦の有無・記名被保険（共済）者を確認のうえで等級がきまります。

お預かりした個人情報は、国公共済会の共済事業以外には使用しません。