

## 自動車保険相談サービス申込書

※ 以下に記入いただき、FAXでお送り下さい。

主に運転される方について				
お名前	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性
				<input type="checkbox"/> 女性
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 才)	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	
ご住所	フリガナ			
	〒 - 都道府県			
電話番号	- -	FAX番号	- -	
E-mailアドレス	※パソコン用のアドレスをお持ちの場合にご記入下さい。			<input type="checkbox"/> FISからの情報メールを希望する
@				

お車の情報について			
メーカー		車名	
型式		初度登録年月	年 月
主な使用目的		車検満了年月	年 月

現在ご加入の保険について			
保険会社名		現在の無事故等級	
満期日		車両保険の有無	
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		
現在の保険期間中に保険金を請求した事故の件数		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    → (「あり」の場合 件)	

FAX送信先:

0568-35-1809

お手元にある保険証券と車検証のコピーと一緒に  
ファックスでお送り下さい。

総合保険代理店

まちの保険屋さん