



自動車保険の見積りを希望される方は下記を
ご記入いただき、コープ保険サービスまで送信ください。

FAX **092-483-1568**

下記の見積依頼書は、郵送でもご依頼いただけます。また、お電話での見積り時にもご利用いただけます。
ご郵送先/〒812-0011
福岡市博多区博多駅前
2-20-1 大博多ビル4階
ご連絡先/0120-42-3400

コープ保険サービス **自動車保険見積希望シート** 依頼日： 年 月 日

①組合員さんについてご記入ください

お名前		組合員番号							
ご住所	〒 -	ご自宅の電話番号		-	-				
		ご自宅のFAX番号		-	-				
		日中のご連絡先		-	-				

②今回のお見積りご希望内容に合うものをお選びください

現在入っている自動車保険の見直し

お車を購入する ➡ 同居の親族で他にお車があり、その自動車保険の等級が11等級以上 ある（等級： 等級） ない

③現在ご加入中の自動車保険についてご記入ください

保険期間	平成・令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
保険会社		等級	等級
※上記保険期間中に自動車保険を使ったことが		<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

④お車を主に運転する方についてご記入ください

生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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	有効期限	年 月 日

⑤お車を運転する方（補償の範囲）をお選びください

本人のみ：④の主に運転をする方のみ

本人と配偶者：④の主に運転をする方とその配偶者まで ➡ **同居親族**で一番若い運転者の生年月日

限定しない：上記以外の同居・別居の親族、友人・知人など ➡ 昭和・平成 年 月 日

⑥保険の対象のお車についてご記入ください

車名（例：アクア）		登録番号（例：福岡501あ1234）	
型式（例：NHP10）		車台番号（例：NHP10-12345678）	
初年度登録年月	年 月	お車の使用目的	<input type="checkbox"/> 日常・レジャー <input type="checkbox"/> 通勤・通学 <input type="checkbox"/> 業務

⑦ご希望の補償内容をお選びください

※現在ご加入中の証券をご参考にご記入ください ※対人賠償・対物賠償は無制限でお見積りいたします。

人身傷害	<input type="checkbox"/> 3,000万円 <input type="checkbox"/> 5,000万円 <input type="checkbox"/> 無制限	車両保険	<input type="checkbox"/> 一般条件 <input type="checkbox"/> 車対車+A <input type="checkbox"/> なし
搭乗者傷害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 500万円 <input type="checkbox"/> 1,000万円	弁護士費用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 日常

⑧その他ご希望の保険会社・特約・払込方法があればご記入ください

※コープ保険サービスにご提供されました個人情報につきましては、コープ保険サービスが委託を受けている保険会社の各種商品やサービスの案内・提供・維持管理を目的として利用いたします。※お客様の個人情報につきましては、コープ保険サービスが責任をもって管理・運営いたします。