



最初に入った自動車保険（共済）そのまま継続していませんか？

# 自動車保険（共済）を 見直してみませんか？

お見積りには  
**現在ご加入中の保険証券（共済証書）**  
と**車検証**の写しをお見せいただくか、  
本チラシ裏面のお客様記入欄をご記入ください



MAPデジタルパンフレット



万一事故に遭われても翌年以降の掛金負担増を軽減

**事故有等級制度を導入していません！**

非営利の共済団体だから

**納得の掛金**

独自の見舞金制度

**対人・対物見舞金**

全車種対応で24時間365日対応

**ロードサービス**

（ロードアシスタンス特約）

提携業者：株式会社プライムアシスタンス

わかりやすい掛金料率制度

お車の使用目的別の区分なし

被共済者年齢別の区分なし

万一の時には

**迅速丁寧な事故対応**

無料健康相談サービス

**ハロー健康クラブ**

提携業者：ティーベック株式会社

●取扱組合

鹿児島県火災共済協同組合

〒892-0821 鹿児島県鹿児島市名山町9-1

（県産業会館5階）

☎099(225)4218 FAX 099(227)3595

<http://www.synapse.ne.jp/kenkyosai/>

●お問い合わせ・お申込みは（取扱代理所）

鹿児島県歯科医師協同組合

〒892-0841 鹿児島県鹿児島市照国町13-15

☎099(222)6982 FAX 099(226)3353

このチラシは自動車総合共済MAPのお見積りご案内文書です。詳細につきましては、取扱組合または取扱代理所へお問い合わせください。

また、ご提供いただきました情報につきましては、個人情報の保護に関する法律を遵守しお取り扱いいたします。また、当組合、連合会等より、各種サービス、共済制度、その他行事などのご案内をさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

元受団体：  全日本火災共済協同組合連合会 〒103-0007 東京都中央区日本橋浜町2-11-2

2023.01改

お客様ご記入欄：おわかりになる範囲でご記入ください。

お手続きされる方について

|              |                |         |    |     |      |  |  |
|--------------|----------------|---------|----|-----|------|--|--|
| お名前<br>(会社名) | ふりがな           |         |    |     |      |  |  |
| ご住所          | 〒 -            |         |    |     |      |  |  |
|              | TEL            |         |    |     | FAX  |  |  |
| 生年月日         | 昭和・平成<br>年 月 日 | 年齢<br>歳 | 性別 | 男・女 | Eメール |  |  |

主にお車に乗る方について

|      |                |         |       |             |
|------|----------------|---------|-------|-------------|
| 生年月日 | 昭和・平成<br>年 月 日 | 年齢<br>歳 | 免許証の色 | ゴールド・ゴールド以外 |
|------|----------------|---------|-------|-------------|

お車について（車検証の写しをお見せ/ご送付いただける場合はご記入は不要です）

|      |  |      |  |      |              |
|------|--|------|--|------|--------------|
| 車名   |  | 登録番号 |  | 車台番号 | -            |
| 用途車種 |  | 型式   |  | 初度登録 | 平成<br>令和 年 月 |

ご加入中の契約情報について（ご加入中の証券写しをお見せ/ご送付いただける場合は事故件数をご記入ください）

|              |                             |                   |                       |
|--------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------|
| 加入中の<br>保険会社 |                             | 保険期間              | 令和 年 月 日～<br>令和 年 月 日 |
| ノンフリート<br>等級 | 等級<br>フリート契約の場合はお問い合わせください。 | 事故件数<br>(保険金請求件数) | 件                     |

ご希望の補償内容等について（ご加入中の契約と同等の補償内容を希望する場合は証券の写しをお見せ/ご送付ください）

|        |                |                    |                                   |
|--------|----------------|--------------------|-----------------------------------|
| 対人賠償   | 無制限 ・ 万円       | ファミリーバイク特約         | 希望する ・ 希望しない                      |
| 対物賠償   | 無制限 ・ 万円       | 弁護士特約              | 希望する ・ 希望しない                      |
| 人身傷害   | 無制限 ・ 万円       | 運転者年齢条件            | 年齢問わず・21歳以上・26歳以上・<br>30歳以上・35歳以上 |
| 搭乗者傷害  | 希望する ・ 希望しない   | 運転者家族限定            | 希望する ・ 希望しない                      |
| 車両保険種類 | 一般・車対車+A・希望しない | 事故・故障時の<br>ロードサービス | 希望する ・ 希望しない                      |
| 車両保険金額 | 万円             | 事故・故障時の<br>代車費用    | 希望する ・ 希望しない                      |
| 車両免責金額 | 万円             | その他<br>(希望する補償等)   |                                   |



ご返送先

鹿児島県火災共済協同組合 FAX：099-227-3595

※詳しいお見積りには車検証・ご加入中の証券の写しが必要となります。  
適用できる割引等、詳しくは取扱組合または取扱代理所へお問い合わせ  
ください。また、引受条件によっては、お見積りまたはお申込みいただ  
けない場合がありますことをご了承ください。

|          |                            |          |            |      |
|----------|----------------------------|----------|------------|------|
| 内部処理欄    |                            |          |            |      |
| 代理所（コード） | 鹿児島県歯科医師協同組合<br>( 050818 ) | 担当者（コード） | ( 平川 110 ) | 顧客番号 |