

自動車保険 車両入替・条件変更連絡票

ダイヤリックス(株) 大阪支社 保険1部 行 (FAX06-6204-8608)

下記にご記入の上、車検証と一緒にFAX送信下さい。

事業所		社員番号	
電話番号			
お名前	フリガナ		

◆車両入替◆ 必要書類：車検証

ご納車日	月 日			
対象の車	今の自動車	→	変更後の自動車	仕様・グレード
				に変更します。
車両価格 (車両本体価格+付属品)	万円			
車両保険付帯希望	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 現在内容と同等条件	
	<input type="checkbox"/> 一般補償		<input type="checkbox"/> 限定補償 (自損事故適用外)	

◆年齢条件変更◆ 同居の最若年運転者が変更

最若年者生年月日	昭・平 年 月 日 才	<input type="checkbox"/> 全年齢	<input type="checkbox"/> 21歳以上
		<input type="checkbox"/> 26歳以上	<input type="checkbox"/> 35歳以上

◆運転者範囲の変更◆

<input type="checkbox"/> 限定なし	<input type="checkbox"/> 夫婦に限定する
<input type="checkbox"/> 本人に限定	

◆住所変更◆

〒

◆その他◆