

茨城県理学療法士会だけの 集団扱自動車保険 制度のメリット

便利で
おトク

茨城県理学療法士会の皆さま限定の3つのメリット

メリット1 集団扱は保険料がおトク!

一般分割 口座振替 12回払
9,760円 (月払保険料)
年間保険料 117,120円



集団扱 12回払

9,300円
(月払保険料)
年間保険料
111,600円

月々
-460円

年間保険料では
5,520円もおトク!



『自動車保険・一般用（一般自動車総合保険）』保険料例の試算条件（1年契約の場合）

- 始期日：2020年1月1日 ■初度登録：2019年12月 ■記名被保険者：法人 ■自家用小型乗用車
- 形式別料率クラス：車両7、対人・自損9、対物9、傷害9 ■11等級 ■事故有係数適用期間：0年 ■26才以上補償
- 対人賠償保険：無制限 ■対物賠償保険：無制限（免責金額：なし）
- 人身傷害保険：5,000万円 ■入院・後遺障害時における人身傷害諸費用特約：あり ■傷害一時金（1万円・10万円）特約：あり
- 車両保険：あり（一般補償、保険金額：100万円、免責金額：0-10万円） ■新車割引：適用 ■車両保険無過失事故特約：あり

※自動セット特約は記載していません。自動セット特約についての詳細は『ご契約のしおり（普通保険約款・特約）』等をご覧ください。

メリット2

ご契約時に現金は不要

保険料は保険始期月の2か月後から口座引落としなので、現金のご用意は必要ありません。しかも集団扱契約の分割保険料は、割増なしで分割払にできますので、集団扱以外のご契約と比べておトクです。



メリット3

等級の継承が可能

無事故によるノンフリート等級を引き継ぐことが出来ます。

※一部等級が継承できない共済がございます。



- このチラシは集団扱自動車保険の特徴を説明したものです。詳細は商品パンフレット等をご覧ください。また、ご不明な点については取扱代理店または当社までお問い合わせください。

お問い合わせ
ご相談は

取扱代理店

有限会社 ライズアレンジメント
担当：高橋 晃弘
〒319-1114
茨城県 那珂郡 東海村 須和間 174-11
TEL: 029-306-1056 FAX: 029-306-1057

引受保険会社

三井住友海上火災保険株式会社
茨城支店 水戸第二支社
〒310-0021 茨城県 水戸市 南町 2-6-10
水戸証券ビル5階
TEL:029-224-1717 FAX:029-227-7990
73517 2019.11/A3N15/D

- お見積りをご希望の方は裏面をご覧ください。

切替手続はかんたんです！まずは見積りを。

お見積りまで



1 この用紙の下欄
『連絡票』に
ご回答ください。

2 現在ご契約の保険証券(写)と
車検証(写)をFAXまたはメー
ルでご送付ください。

3 取扱代理店から
お見積りを案内
します。

ご契約の場合



保険申込書にご署名、記名・押印願います。
お申込み手続き完了！
2か月後から口座振替を開始します。

ご加入者の要件

<記載例>【『集団扱加入者要件確認書』により集団ごとの名称や募集範囲を修正してください】
集団扱にてご契約いただくには、「保険契約者」、「記名被保険者」および「ご契約のお車の所有者」が以下の方であることが条件となります。

【保険契約者】

- ①茨城県理学療法士会
- ②茨城県理学療法士会の役員・従業員
- ③茨城県理学療法士会の構成員(例: 会員、組合員等)
- ④茨城県理学療法士会の構成員(例: 会員、組合員等)の役員・従業員

【記名被保険者およびご契約のお車の所有者】

- ①保険契約者
- ②保険契約者の配偶者
- ③「保険契約者またはその配偶者」の同居のご親族
- ④「保険契約者またはその配偶者」の別居の扶養親族
- ⑤保険契約者の役員・従業員
- ⑥保険契約者の役員・従業員の配偶者
- ⑦「保険契約者の役員・従業員またはその配偶者」の同居のご親族
- ⑧「保険契約者の役員・従業員またはその配偶者」の別居の扶養親族
- ⑨保険契約者の構成員^(注)
- ⑩保険契約者の構成員^(注)の配偶者
- ⑪「保険契約者の構成員^(注)またはその配偶者」の同居のご親族
- ⑫「保険契約者の構成員^(注)またはその配偶者」の別居の扶養親族

(注)「構成員」とは集団を構成している一員(会員、組合員等)をいいます

※保険期間の途中で、「保険契約者」、「記名被保険者」および「ご契約のお車の所有者」のいずれかが上記の条件に合致しなくなった場合には、取扱代理店または当社にご連絡ください。

連絡票

有限会社 ライズアレンジメント 担当: 高橋 行

【FAX: 029-306-1057】 【Mail: a.takahashi@risearr.com】

お名前	フリガナ	会員番号		
所属会社名		ご連絡先	ご自宅: ()	
			職場: ()	
満期日		年	月	日

※ご記入いただいた内容をもとに自動車保険のお見積りやその他の商品・サービスのご案内をさせていただきます。

※当社およびMS&ADインシュアランスグループのそれぞれの会社は、ご提供いただいた個人情報を、当社およびMS&ADインシュアランスグループのそれぞれの会社の商品・サービスの提供(自動車保険のお見積りの案内等)のために必要な範囲内で利用させていただきます。当社およびMS&ADインシュアランスグループのそれぞれの会社の個人情報の取扱い、当社グループ会社の範囲については、当社ホームページ(<https://www.ms-ins.com>)をご覧ください。