

おクルマ購入サポート制度 申込書

◎本制度をご利用いただく上での注意事項

◆この制度は、販売店(ディーラー)と商談を始められている場合にはご利用できませんので、ご了承ください。

◆ご連絡いただきました情報は、お車のご購入に関するサポート又は自動車保険に関するアドバイスを目的として利用致します。教職員生協は、東京海上日動火災保険㈱を経て紹介させて頂く自動車販売店及び自動車メーカーに上記の目的のため提供致します。また、自動車保険につきましては、損害保険ご案内のため、東京海上日動火災保険㈱及び教職員生協関連会社(学協有限会社)並びに提携代理店に情報提供致します。情報提供者と購入予定者が異なる場合には、個人情報の取扱内容につき同意をご確認の上でご連絡ください。

◆必須項目※は、必ずご記入ください。

| 基本情報 | |
|-------------|--|
| 組合員番号※ | |
| 組合員氏名※ | |
| 所属所名※ | |
| E-mail | |
| E-mail(再入力) | |
| 日中連絡が取れる先※ | <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属所 |
| 電話番号※ | |

| 購入予定者情報(組合員と同じ場合は記入する必要はありません) | |
|--------------------------------|---|
| 購入者氏名 | |
| 組合員との関係 | |
| 購入者住所 | 〒 |

| お車・販売店情報 | | |
|-----------|--|--|
| ご購入希望のお車※ | <input type="checkbox"/> 新車 <input type="checkbox"/> 中古車 | |
| 第1希望※ | メーカー名 | |
| | 車名 | |
| 第2希望 | メーカー名 | |
| | 車名 | |
| その他ご希望事項 | | |

| 状況確認 | | |
|-------------------|---|--|
| 販売店へご訪問されていますか※ | <input type="checkbox"/> 訪問していない <input type="checkbox"/> 訪問している | |
| | ご希望の地域 | |
| いつ頃販売店へ訪問されたいですか※ | <input type="checkbox"/> すぐ訪問したい <input type="checkbox"/> 右記日付に訪問したい ① 月 日 ② 月 日 <input type="checkbox"/> その他 | |
| | | |

| その他(アンケート) | |
|---|---|
| 自動車保険はご加入されていますか※ | <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない |
| 教職員生協では組合員に向けた団体抜・集団抜の自動車保険を紹介しています。お見積りは希望されますか？ | <input type="checkbox"/> 見積りを希望する <input type="checkbox"/> 不要 |
| 現在の自動車保険会社をご記入ください | 保険会社名 年 月 日 |

お申込みはフリーダイヤルファックス **0120-82-9992** 教職員生協まで！！(コンビニ等からは、054-282-9992)