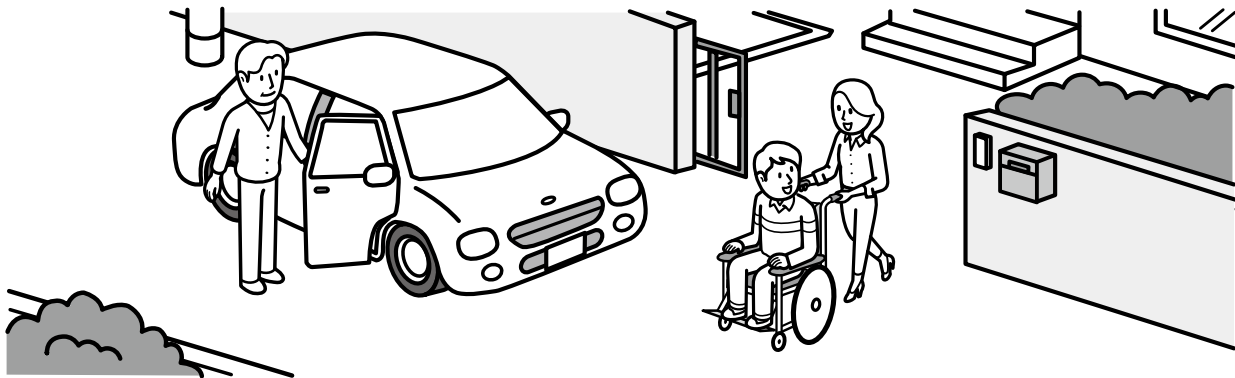


# 障害者割引 | AAP・AAI

障害のある方およびそのご家族に対する割引



障害者割引の適用により、  
従来の無事故割引(ノンフリート等級)は継承したうえで

# 保険料を10%割引!!

(弊社同内容商品比)

## 障害者割引を適用するには?

ご契約時に次の(1)～(4)の条件をすべて満たす場合に適用できます。

(1)ノンフリート契約※1であること

(2)ご契約いただくお車の用途車種※2が以下のいずれかであること

- 自家用普通乗用車
- 自家用軽四輪貨物車
- 自家用小型乗用車
- 自家用普通貨物車(最大積載量0.5トン以下)
- 自家用軽四輪乗用車
- 自家用普通貨物車(最大積載量0.5トン超2トン以下)
- 自家用小型貨物車
- 特種用途自動車(キャンピング車)

(3)記名被保険者※3が個人であること

(4)次のいずれかの方が「障害者」に該当すること

- ①記名被保険者※3
- ②記名被保険者※3の配偶者※4
- ③記名被保険者※3またはその配偶者※4の同居※5の親族

※1 ご契約者が自ら所有・使用されるお車のご契約台数が9台以下(他の保険会社でのご契約を含みます)のご契約をいいます。

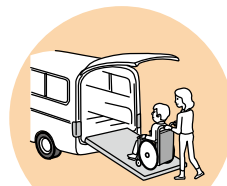
※2 ナンバープレートの分類番号や色などにより定められた区分をいいます。レンタカーおよび教習用自動車は除きます。

※3 ご契約のお車を主に使用される方で、保険証券の記名被保険者欄に記載されている方をいいます。

※4 法律上の配偶者のほか、内縁、同性パートナーを含みます。

※5 障害のある方が住民票上の移転を伴わずに障害者福祉施設等へ入所している場合は、同居とみなします。

障害のある方が乗車するお車だけでなく、  
ご家族のお車にも  
この割引を適用することができます。



障害のある方が  
乗車するお車



ご家族のお車

## 「障害者」の定義と割引適用上の留意点

- (1) 障害者の定義…本割引でいう「障害者」とは次の方をいいます。
- 身体障害者…都道府県知事、指定都市首長または中核市首長から「身体障害者手帳」の交付を受けた方
  - 知的障害者…都道府県知事または指定都市首長から「療育手帳」、「愛の手帳」、「みどりの手帳」などの交付を受けた方
  - 精神障害者…都道府県知事または指定都市首長から「精神障害者保健福祉手帳」の交付を受けた方
- (2) 本割引を適用する場合は、ご契約の際、「身体障害者手帳」、「療育手帳」などにより、前記「障害者割引」を適用するには?)の(4)の事実を確認できる必要があります。

## あなたの自動車保険を見直しませんか?

以下のアンケートにご記入のうえ、証券コピー(表裏)・車検証コピーを添えてお送りください。お見積をお送りいたします。

ふりがな		電話番号 (携帯電話でも可)	
ご契約者名		FAX番号	
ふりがな			
住所	〒		
eメールアドレス			
Q1. 前記の「障害者割引」を適用するには?)の(1)~(4)の条件をすべて満たしていますか?	Q6. ご夫婦以外の方が運転されますか?		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
Q2. 自動車を主に運転される方の免許証の色は?	Q7. 同居の親族の中で運転される最も若い方の年齢は?		
<input type="checkbox"/> ゴールド <input type="checkbox"/> ブルー <input type="checkbox"/> グリーン	<input type="checkbox"/> ~20才 <input type="checkbox"/> 21才~25才 <input type="checkbox"/> 26才~29才 <input type="checkbox"/> 30才~34才 <input type="checkbox"/> 35才~		
Q3. 自動車を月平均15日以上お仕事または通勤・通学に使われますか?	Q8. 自動車を何台お持ちですか?		
<input type="checkbox"/> 業務に使用 <input type="checkbox"/> 通勤・通学に使用 <input type="checkbox"/> 左記以外	_____台    車種は? _____		
Q4. 自動車を主に運転される方の生年月日は?	Q9. 現在ご加入の自動車保険の満期日はいつですか?		
_____年 _____月 _____日 満 _____才	_____年 _____月 _____日		
Q5. 同居の親族以外の方が運転されますか?	Q10. 現在ご加入の自動車保険の保険期間中に事故にあわれましたか?		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

- ご提供いただいたお客さまの個人情報は、今後、お客さまに対する商品・サービスに関する情報のご提供、日本におけるAIGグループ会社の商品改善・新商品開発のために利用させていただき、これ以外の目的には使用しません。
- 弊社の個人情報の取扱い(プライバシーポリシー)についての詳細は、ホームページをご覧ください。
- このチラシは障害者割引の概要をご説明したものです。詳細につきましては、パンフレット等をご覧ください。また、ご契約に際しては、保険商品についての重要な情報を記載した重要事項説明書(「契約概要」「注意喚起情報」等)を、事前に必ずご覧ください。
- 弊社の損害保険募集人は、保険契約締結の代理権を有しています。

## AIG損害保険株式会社

〒105-8602 東京都港区虎ノ門4-3-20  
03-6848-8500  
午前9時~午後5時(土・日・祝日・年末年始を除く)  
<https://www.aig.co.jp/sonpo>



お問い合わせ・お申し込みは

## ジェイアイシーセントラル株式会社

〒460-0008 名古屋市中区栄5-28-19  
アルティメイトタワー栄Vビル9F  
代表TEL052-262-2211 FAX052-262-7171  
ホームページ <http://www.jiccentral.co.jp>