

# ヤンマー産業用マルチローター総合補償制度 保険料表

パンフレットの補償内容をご確認いただき、右面「見積依頼票」にご希望内容をご記入ください。  
型式ごとに保険金額・保険料が異なりますのでご注意ください。  
補償内容や見積依頼票の記入方法などご不明な点がございましたら、ヤンマー保険サービス(株)までお問い合わせください。

## 1. 機体の事故補償（動産総合保険）

免責金額なし

型式	Aプラン		Bプラン		Cプラン	
	基本セット ①本機(液剤散布装置を含む) ②コントローラー ③バッテリー(2個)1組		基本セット Aプラン + 粒剤散布装置		Bプラン + 充電器	
	保険金額	年間保険料	保険金額	年間保険料	保険金額	年間保険料
MG-1,SA	1,243千円	120,600円	1,342千円	130,200円	1,529千円	148,340円
MG-1P RTK	1,859千円	180,360円	1,958千円	189,970円	2,145千円	208,110円

型式	Aプラン		Bプラン		Cプラン	
	基本セット ①本機(液剤散布装置を含む) ②コントローラー ③バッテリー1個		基本セット Aプラン + 粒剤散布装置		Bプラン + 充電器	
	保険金額	年間保険料	保険金額	年間保険料	保険金額	年間保険料
T20	1,738千円	168,620円	1,859千円	180,360円	2,060千円	199,860円
T10	1,302千円	126,320円	1,412千円	136,990円	1,584千円	153,680円
T30	1,919千円	186,180円	2,043千円	198,210円	2,248千円	218,100円

周辺付属品については、マルチローターと同時購入した機器類に限りお引受けいたします。

## 2. 賠償責任補償（損害賠償責任担保特約）

オプション

免責金額なし

支払限度額	1 事故	100,000千円
年間保険料	3,090円	

製造メーカーの無償付帯保険に上乗せが必要な場合のみお引受けいたします。  
損害賠償責任担保特約のみのお引受けはできません。

保険料表および見積依頼票は動産総合保険の内容についてご紹介したものです。  
ご契約に際しては、必ず「重要事項説明書」をご確認ください。ご不明な点がございましたら、取扱代理店または引受保険会社までお問合せください。

お問い合わせ先  
取扱代理店

ヤンマー保険サービス株式会社

本社および各支店の連絡先はパンフレットP.7に記載しています。

引受保険会社

東京海上日動火災保険株式会社

# ヤンマー産業用マルチローター総合補償制度 見積依頼票

総合補償制度に加入希望の方は、本紙をヤンマー保険サービス株式会社までFAX 願います。  
弊社より改めてご送付する契約申込書のご返送、保険料のお支払いをもって加入手続きは完了します。

保険 契約者	住所	〒 -		
	契約者名	フリガナ	TEL	( )
			携帯	( )
FAX			( )	
メールアドレス		@		
ご担当 連絡先	送付先	〒 -		
	ご担当者	ご所属	お名前	TEL
FAX				( )
所有者名		※ 機体の所有者が契約者と異なる場合のみ ご記入ください（リース契約など）		
保険の対象		機体型式	登録記号	
購入年月日		年 月 日 購入	<input type="checkbox"/> 初めて購入	<input type="checkbox"/> 買替

契約開始希望日

年 月 日 契約開始希望

## 1. 機体の事故補償（動産総合保険）

★該当する型式のA・B・Cいずれかに○をご記入ください。

型式	Aプラン (年間保険料)	Bプラン (年間保険料)	Cプラン (年間保険料)
MG-1,SA	120,600円	130,200円	148,340円
MG1P,RTK	180,360円	189,970円	208,110円
T20	168,620円	180,360円	199,860円
T10	126,320円	136,990円	153,680円
T30	186,180円	198,210円	218,100円

- ★その他周辺付属機器の補償をご希望の場合は、下記備考欄に 機器名・購入価格（税込）をご記入ください。
- ★マルチローターと同時購入した関連機器類に限り、お引受いたします。

備考欄

## 2. 賠償責任補償（損害賠償責任担保特約）

加入する  加入しない

※製造メーカーの無償付帯保険に上乗せが必要な場合のみお引受いたします。

※損害賠償責任担保特約のみのお引受はできません。

## 3. 他の保険契約等

この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。  
(ありのときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

保険会社	
保険種類	
保険金額・支払限度額	
過去3年間に おける事故	なし
	あり (回数 回)