

お名前：
NAME

1-800-619-5788 • FAX: 480-718-7344

ご住所：
ADDRESS

会社名：
COMPANY

役職名：
TITLE

電話番号 自宅：
TELEPHONE HOME

勤務先：
WORK

ファックス：
FAX

《運転者情報》 DRIVER INFORMATION

Email Address :

お名前 Name	#1	#2	#3
ご関係(夫、妻、子供、等) Relationship: Husband, Wife, etc.	Myself		
男性(M)・女性(F) Sex	M • F	M • F	M • F
生年月日 Date of Birth	/ /	/ /	/ /
運転免許証番号 Driver's License Number			
既婚(M)・独身(S) Marital Status	M • S	M • S	M • S
日本よりの通残免許所得期間 Years Licensed			
米国内での過去三年間の 事故・違反(スピード違反、 飲酒運転等)の内容と日付 Date(s) of Violation(s) and Accident(s)			

《自動車情報》 VEHICLE INFORMATION

自動車 Vehicle	#1	#2	#3
メーカー名 Make			
車種 Model			
年式 Year			
車体番号・シリアル番号 VIN Number			
用途(通勤・レジャー用) Usage: Work or Leisure			
通勤距離(片道) Commuting Distance			
主たる運転者のお名前 Principal Driver's Name			

《補償内容》 COVERAGES

ご希望の補償内容がありましたらご記入ください

If you have some other coverage requests, please write them down.

対人賠償(一人/一事故) Bodily Injury	\$250,000/500,000		
対物賠償 Property Damage	\$100,000		
無保険者障害保険 Uninsured Motorist	\$250,000/500,000		
搭乗者障害保険 Medical Payment	\$5,000		
衝突車両保険免責額 Collision Deductible	\$200		
包括車両保険免責額 Other than Col Ded	\$200		
レッカー車費用 Towing	Yes		
レンタカー費用 Rental	Yes		

《現在の保険状況》 — 現在保険をお持ちの方 CURRENT CARRIER INFORMATION

現在加入の保険会社名
Current Carrier

保険有効期間
Expiration Date

/ /

お見積りのご依頼にあたり保険契約義務はございません。ご質問等につきましては弊社1-800-619-5788まで、ご連絡下さい。
尚、実際のご契約につきましては、保険会社のお引き受け基準に従わせて頂きますのでご了承下さい。