

### YOUR QUOTE REQUEST 保険料見積りのご希望

KIND OF INSURANCE POLICIES:  
保険料見積りを希望する保険の種類

AUTO 自動車     RENTER テナント住宅総合     UMBRELLA アンブレラ

### GENERAL INFORMATION 一般情報 (全項目必須)

First, please fill out the following section so that we can communicate with you for our quote.  
最初に、これ以降のご連絡をより一層円滑にするために、以下の部分をご記入ください。

YOUR FULL NAME: お名前(姓名)	
HOME ADDRESS: 自宅住所	
CITY/STATE/ZIP: 市・州・郵便番号	
OCCUPATION/TITLE: 職業・役職	
EMPLOYER: 勤務先・雇用主	
WORK ADDRESS: 勤務先住所	
CITY/STATE/ZIP: 市・州・郵便番号	
MAILING ADDRESS DESIGNATION: 郵送住所の指定	<input type="checkbox"/> HOME ADDRESS 自宅 <input type="checkbox"/> WORK ADDRESS 勤務先
HOME PHONE: 自宅電話	
WORK PHONE: 勤務先電話	EXTENTION 内線
WORK FAX: 勤務先ファックス	
E-MAIL ADDRESS: 電子メール	

### PERSONAL INFORMATION 個人情報 (全項目必須)

This form is designed for maximum 5 people in the same household. If necessary, please print out the form again for additional people in your household. このフォームは最大5名までのご家族用となっております。必要であれば、再度フォームを印刷し、残りのご家族について記入してください。

	SELF ご本人	SPOUSE 配偶者
YOUR FULL NAME: お名前(姓名)	As Above 上記の通り	
GENDER: 性別	<input type="checkbox"/> MALE 男性 <input type="checkbox"/> FEMALE 女性	<input type="checkbox"/> MALE 男性 <input type="checkbox"/> FEMALE 女性
BIRTH DATE (MM/DD/YY): 生年月日(月・日・西暦年)		
MARITAL STATUS: 婚姻の有無	<input type="checkbox"/> MARRIED 既婚 <input type="checkbox"/> SINGLE 独身	<input type="checkbox"/> MARRIED 既婚 <input type="checkbox"/> SINGLE 独身
OCCUPATION/TITLE: 職業・役職		
EMPLOYER: 勤務先・雇用主		
YEARS EMPLOYED: 勤続年数		
NAME OF PEOPLE IN HOUSEHOLD: 同居者氏名(子供・親戚・友人等)		
BIRTH DATE (MM/DD/YY): 生年月日(月・日・西暦年)		
RELATIONSHIP TO YOU: 続柄		

### CURRENT POLICY INFORMATION 現在の保険証券情報 (該当項目必須)

Whether you have an insurance currently in force is very important for us. Any lapse of coverage will affect our quote or offer of the insurance you desire. 現在有効な保険があるかどうかは大変重要な情報です。保険が一時的にでも中断していると、優良な保険料でのお見積りに大きく影響したり、お見積りを差し上げられなくなることがありますのでご注意ください。

CURRENT INSURANCE POLICIES: 現在持っている保険の種類	<b>AUTO 自動車</b>	<b>HOME 住宅総合</b>	<b>UMBRELLA アンブレラ</b>
INSURANCE COMPANY: 保険会社			
POLICY NUMBER: 保険証券番号			
NEXT RENEWAL DATE (MM/DD/YY): 次回契約更改日			



### PERSONAL AUTOMOBILE INSURANCE 個人自動車保険

#### DRIVER INFORMATION 運転者情報 (該当項目必須)

This portion is designed for 2 drivers in your same household. If necessary, please print out the form again for additional drivers in your household. この部分は最大2名までの運転者用となっております。必要であれば、再度フォームを印刷し、残りの運転者について記入してください。

	<b>DRIVER 1 第1運転者</b>	<b>DRIVER 2 第2運転者</b>
DRIVER'S FULL NAME: 通常の運転者のお名前(姓名)	<b>SELF ご本人</b>	
U.S. LICENSE NO. & STATE: 米国運転免許番号と発行州		
U.S. LICENSE ISSUING DATE: 米国運転免許発行日		
NON-U.S. LICENSE NO. & COUNTRY: 米国以外の運転免許番号と発行国		
NON-U.S. LICENSE ISSUING DATE: 米国以外の運転免許発行日		
VEHICLE USE/OPERATION: 車両の使用状況	<input type="checkbox"/> PLEASURE 家庭 <input type="checkbox"/> TO/FROM WORK 通勤 <input type="checkbox"/> TO/FROM SCHOOL 通学 <input type="checkbox"/> BUSINESS 業務	<input type="checkbox"/> PLEASURE 家庭 <input type="checkbox"/> TO/FROM WORK 通勤 <input type="checkbox"/> TO/FROM SCHOOL 通学 <input type="checkbox"/> BUSINESS 業務
1-WAY MILEAGE TO/FROM WORK: 通勤・通学の片道距離(マイル)		
MOVING VIOLATIONS FOR RECENT 3 YEARS & CONVICTION DATE(S): 過去3年以内の違反歴と違反日  IF NONE, PLEASE SO STATE 無ければ、その旨ご記入ください。		
TRAFFIC ACCIDENTS FOR RECENT 3 YEARS & ACCIDENT DATE(S): 過去3年以内の事故歴と事故発生日  IF NONE, PLEASE SO STATE 無ければ、その旨ご記入ください。		
AT-FAULT TRAFFIC ACCIDENTS FOR RECENT 3 YEARS: 過去3年以内の責任ある事故歴  IF NONE, PLEASE SO STATE 無ければ、その旨ご記入ください。		

**NOTE: WE MAY NOT BE ABLE TO OFFER YOU OUR QUOTE DUE TO YOUR VIOLATION AND ACCIDENT HISTORY.**

注: 「MY 保険」では、違反歴・事故歴等運転者の環境によってお見積りをご提示できないことがあります。ご了承ください。

## 個人損害保険・見積情報収集用紙

記入が終了したらファックスあるいはメールへの添付でお送りください。  
FAX (310)793-1314 または email@aegisrm.com

### VEHICLE INFORMATION 車両情報 (該当項目必須)

Each insurance company has its own guidelines to accept a particular model of vehicle. Some unique models may result in the insurance company's rejection or requirement for higher deductible in combination with your driving record. 各保険会社は独特の引受基準を持っています。従って、運転歴や事故違反歴との見合いで、保険上ユニークな車の引受が拒否されたりご希望以上の高額な免責額を条件をされることある場合がございます。

	VEHICLE 1 第1車両	VEHICLE 2 第2車両
MODEL YEAR & MANUFACTURER: 年式とメーカー名		
MODEL & GRADE: モデル名と車種グレード		
LICENSE PLATE ISSUING STATE: 登録州		
VEHICLE ID # (17-DIGIT VIN): 車体番号(17桁)		
PURCHASE PRICE: 購入価格(現金価格)		
ACQUISITION METHOD: 購入・入手方法	<input type="checkbox"/> CASH-PAID OFF 現金・一括払 <input type="checkbox"/> LEASE リース <input type="checkbox"/> LOAN PURCHASE 自動車ローン	<input type="checkbox"/> CASH-PAID OFF 現金・一括払 <input type="checkbox"/> LEASE リース <input type="checkbox"/> LOAN PURCHASE 自動車ローン
NAME OF LESSOR OR BANK: リース会社、銀行抵当権名		
ADDRESS OF LESSOR OR BANK リース会社、銀行抵当権の住所		
PRIMARY DRIVER'S FULL NAME: この車両の主たる運転者		
INSURANCE-RELATED EQUIPMENT: 保険関連装備の有無	<input type="checkbox"/> AIR BAG (SRS) - DRIVER <input type="checkbox"/> AIR BAG (SRS) - DUAL <input type="checkbox"/> AIR BAG (SRS) - SIDE <input type="checkbox"/> ANTI-LOCK BRAKES (ABS) <input type="checkbox"/> SECURITY - PASSIVE (IMMOBILIZER) <input type="checkbox"/> SECURITY - ACTIVE (ALARM ONLY) <input type="checkbox"/> SECURITY - TRACKING/LO JACK	<input type="checkbox"/> AIR BAG (SRS) - DRIVER <input type="checkbox"/> AIR BAG (SRS) - DUAL <input type="checkbox"/> AIR BAG (SRS) - SIDE <input type="checkbox"/> ANTI-LOCK BRAKES (ABS) <input type="checkbox"/> SECURITY - PASSIVE (IMMOBILIZER) <input type="checkbox"/> SECURITY - ACTIVE (ALARM ONLY) <input type="checkbox"/> SECURITY - TRACKING/LO JACK

**NOTE: WE MAY NOT BE ABLE TO OFFER YOU OUR QUOTE DUE TO THE INSURANCE-INDUSTRY CLASS OF YOUR VEHICLE.**  
注: 「MY保険」では、保険上の車両の評価と等級(シンボル)によってお見積りをご提示できないことがあります。ご了承ください。

Thank you for your time to fill out the foregoing sections. If you desire our quote on Renters Insurance, please proceed to the next section.

ご記入いただきありがとうございました。レンター(借家住宅総合)保険のお見積りをご希望の方は、次のセクションへお進みください。



### RENTERS INSURANCE テナント用(家財・個人賠償)住宅総合保険

BASIC INFORMATION 基本情報 (全項目必須)	
Let us ask some basic questions required for Renters policy. 借家の場合でも必要な情報をいただきます。	
PROPERTY CATEGORY: 建築物の種類	<input type="checkbox"/> SINGLE-FAMILY DWELLING 一戸建て <input type="checkbox"/> MULTI-FAMILY DWELLING デュプレックス・トリプレックス等 <input type="checkbox"/> CONDO/TOWNHOUSE コンド・タウンハウス (1ユニット) <input type="checkbox"/> APARTMENT アパート(1ユニット) <input type="checkbox"/> OTHER その他 ( )
OCCUPANCY CATEGORY: 居住状態の種類	RENTED AND OCCUPIED 所有しておらず、テナントとして借りている
SIZE OF PROPERTY: 居住施設の規模	# OF STORY OF DWELLING 一戸建ての家屋階数 ( ) TOTAL # OF HOUSEHOLD IN A BUILDING 一棟の総世帯数 ( )
# OF BEDROOM: 寝室数	
# OF BATHROOM: バスルーム数	
# OF FIREPLACE: 暖炉数	
TYPE OF GARAGE: 車庫の種類	<input type="checkbox"/> ATTACHED <input type="checkbox"/> DETACHED <input type="checkbox"/> BUILT-IN <input type="checkbox"/> CARPORT <input type="checkbox"/> BASEMENT <input type="checkbox"/> NONE
SWIMMING POOL: プール	<input type="checkbox"/> NO ない <input type="checkbox"/> YES ある    IF YES, <input type="checkbox"/> SAFETY FENCE <input type="checkbox"/> JUMPING BOARD
CENTRAL SECURITY SYSTEM: 集中保安システム	<input type="checkbox"/> NO ない <input type="checkbox"/> YES ある
FIRE SPRINKLERS: 防火スプリンクラー	<input type="checkbox"/> NO ない <input type="checkbox"/> YES ある
DOMESTIC EMPLOYEE(S): 家庭内使用人の数	<input type="checkbox"/> BABYSITTER ベビーシッター ( ) <input type="checkbox"/> MAID 家政婦・お手伝いさん ( ) <input type="checkbox"/> OTHER その他 ( )
IF NONE, PLEASE SO STATE 無ければ、その旨ご記入ください。	
PERSONAL PROPERTY VALUE: 家庭内一般家財の金額	\$ *通常約 \$ 20,000- \$ 30,000
SCHEDULED PROPERTY VALUE: 記名式特殊家財・動産の金額	\$
IF NONE, PLEASE SO STATE 無ければ、その旨ご記入ください。	
EXPLAIN SCHEDULED PROPERTY: 記名式特殊家財・動産の概要	
FINE ARTS, JEWELRY, FUR, PRECIOUS METALS, ETC. 美術品・骨董品・宝石貴金属等	
PERSONAL LIABILITY LIMIT: 個人包括賠償責任保険限度額	<b>\$300,000</b> Combined Single Limit for Bodily Injury and Property Damage subject to MyHoken standard 限度額は弊社標準の \$30 万とさせていただきます。



## 個人損害保険・見積情報収集用紙

記入が終了したらファックスあるいはメールへの添付でお送りください。  
FAX (310)793-1314 または email@aegisrm.com

### FOR PROPERTY OWNERS 持ち家の場合

Homeowners policy designed for owned/owner-occupied cases require more information on the property you own. Please contact our office as soon as possible.

持ち家・居住用のホームオーナー保険のお見積りでは、より詳細な住宅建物についての情報が必要です。至急弊社までご連絡ください。

Thank you for completing this sheet. If you have any questions, please contact the followings.  
ご記入いただきありがとうございました。ご質問等がございましたら、お気軽にご連絡ください。



www.myhoken.net

Administered by



#### AEGIS RISK MANAGEMENT INSURANCE SERVICES, INC.

3424 Carson Street, Suite 300, Torrance, CA 90503

Phone: (310) 793-1309 Fax: (310) 793-1314 [email@aegisrm.com](mailto:email@aegisrm.com)

California Department of Insurance License No. 0735928