

# 家財(レントーズ) 保険

**Renters Insurance**

現在レントーズ保険をご契約中の場合はご契約書を添付してください。

日付:

どちらで当保険事務所の連絡先を入手されましたか？		
お名前:	_____	ご職業: _____
現在のご住所:	_____	現住所での年数: _____
	(City)	(State) (Zipcode)
新しいご住所:	_____	
	(City)	(State) (Zipcode)
Mailing Address:	_____	
	(City)	(State) (Zipcode)
お電話番号:	_____ (home/cell/work)	Email: _____
生年月日:	_____ (mm/dd/yy)	喫煙歴: _____
配偶者名:	_____	配偶者様の生年月日: _____
ソーシャルセキュリティーナンバー:	_____	保険をCancelされたことは? _____
ご希望の保険開始日:	_____	ビジネスをご自宅でされますか? _____
過去3年間の火災保険クレーム歴:	_____	ご家族の人数: _____
建物の築年:	_____	広さ (sqft): _____
建物のスタイル (一戸建て・アパート・コンド・タウンハウス・高層ビル): _____		
犬を飼っていますか?:	_____	喫煙はしますか? _____
飼っている場合種類:	_____	噛みつき歴: _____
ご希望とされる家財補償額:	_____	セキュリティーシステム導入はありますか: 有・無
現在の保険に加入されている期間:	_____	スプリンクラーはありますか?: 一部・全体
ご都合の良いお時間: _____		

ご質問等ございましたら、いつでもご連絡下さい。

Tel: 206-755-5585/ Tollfree 1888-391-5055 / Fax: 1888-391-5155/ Email: quote@mhhinsurance.com