

G. O. INSURANCE BUSINESS INSURANCE QUESTIONNAIRE

대양 종합보험 사업체보험 신청서

TEL: 888-751-8838/ 213-383-6100 FAX: 213-386-5834// 3700 Wilshire Blvd., #280 Los Angeles, CA 90010

1. 상호명: _____ 대표자 이름: _____
Insured Name Contact Person
2. 업체유형: 개인 _____ 동업 _____ 주식회사 _____
Entity Sole Proprietor Partnership Corporation
3. 주소: _____ CA _____
Address Street City State Zip Code
TEL: _____ FAX: _____
4. 갱신일자 ____/____/____ 5. 해당업체 운영 경력 _____ years
Renewal Date Years in Business
5. 현재 회사명 _____ 1년 보험료 \$ _____ / year
Current Insurance Co. Current yearly premium
6. 업소 유형: _____
Type of Business
7. 영업시간 _____ * Delivery: Yes _____, or No _____
Business Hour
8. 해당업체 면적 _____ sq.ft. 일년 총매상 \$ _____
Area Annual Gross Sales
업체내 자산 총액 (장비포함)
Business Personal Property \$ _____
9. 해당 업체 건물 소유 여부 *Building Owner?* Yes _____, or No _____
소유시, 건물크기 _____ Sq. Ft. 건물 가격 \$ _____
Building Area Building Value
10. 건물 건축년도 _____ Years 몇층짜리 건물인가요
Age of Building Number of Story
- 만일 지어진지 25년 이상 되셨다면 다음의 사항에 대해 주세요. If it is older than 25 years, please answer
전기보수 _____ year 수도관 보수 _____ year 지붕보수 _____ year 히터 보수 _____ year
Electrical Plumbing Roofing Heating
11. 화재 진압 시설
Fire Protection: Sprinkler _____ Fire Extinguisher _____ Smoke Detector _____
12. 도난경보 시스템: Yes _____ (Central Alarm _____ or Local Alarm _____), No _____
Alarm System 알람회사명 Alarm Company _____
13. 주변 업체들: Left _____ Right _____ Rear _____
Occupancy on Neighbor