**EMERGENCY ROADSIDE ASSISTANCE**

## **VEHICLE DISABLEMENT**

If your vehicle becomes disabled for any reason and requires Emergency Roadside Assistance to get you back on your way, contact the MSIG Claims Call Center at **866-676-6872.**

緊急ロードサービスが必要な場合、**866-676-6872**へご連絡ください。

* Emergency Roadside Assistance is an included benefit for all MSIG Auto Policyholders.

全てのご契約者さまがご利用できます。

* Follow the prompts to report an auto claim.

早急に自動車事故報告をしてください。

* Have your policy information available.

保険証券をご準備ください。

* Customer is responsible for all service fees in excess of available Towing coverage.\*

ご利用可能な補償を超過したサービス料金はお客様負担になります。

Service availability-24/7/365 24時間365日ご利用可能です

\* To secure you and your vehicle, MSIG will pay the covered cost of roadside assistance up front, subject to reimbursement from you for amounts that exceed your Towing coverage limit. If no Towing coverage applies, you would owe MSIG full reimbursement of roadside assistance.

当社はロードサービス費用を前払いします。ただし、補償を超過した費用や、補償が適用されない場合は、お客さまから当社へご返金いただきます。

If you have an accident follow these instructions
事故が発生したら、次の指示に従ってください。

1.Stop and Investigate.

車を停めて状況確認してください。

2.Call medical aid for anyone who appears to be injured.

けが人がいる場合、医療援助（救急車等）を呼んでください。

3. Notify Police.

警察に連絡してください。

4. Report all accident to : (866-676-6872)　　　　　　　　　　　　当社（866-676-6872）へご連絡ください。

5. Obtain names and addresses of all witnesses.
目撃者がいる場合は住所、氏名を確認してください。

6. Do not admit liability to anyone.

事故現場で責任を認めるような発言はしないでください。

7. Do not discuss the accident with anyone except police or a representative of your company.

警察、勤務先の代理者以外とは、事故の事を話し合わないでください。

8. Do not sign a statement for anyone except a representative of your company, unless advised to do so by your attorney.

弁護士の指示がない限り、勤務先の代理者へ提出する書類以外には署名しないでください。

Contacts below applicable only if coverage is provided under the Policy.

以下のサービスは、ご契約内容で補償されている場合、ご利用いただけます。

Glass Claims: Contact MSIG Claims Call Center at 866-676-6872 for prompt repair or replacement of your damaged windshield.

フロントガラスの迅速な修理・交換が必要な場合

866-676-6872へご連絡ください。

Car Rentals: Call Enterprise 800-736-8227
レンタカーが必要な場合　Enterprise (800-736-8227)へ

ご連絡ください。

Mitsui Sumitomo Insurance　Account #: SMA24EA

Mitsui Sumitomo Marine Management (U.S.A.), Inc　 　 15 Independence Blvd., P.O. Box 4602, Warren, NJ 07060

**Emergency Accident Report KIT**



(Customized with Client Name Here)

**IN CASE OF AN ACCIDENT FOLLOW THE INSTRUCTIONS INSIDE THIS FOLDER.**  KEEP THIS FOLDER IN THE GLOVE COMPARTMENT OF YOUR CAR.　　　　　　　　　　　　　　　　　事故の場合はこの冊子の指示に従ってください。この冊子はお車のダッシュボードに保管ください。

MSIG refers to the insurers underwriting coverage: Mitsui Sumitomo Insurance Company of America; Mitsui Sumitomo Insurance USA Inc.; and MSIG Specialty Insurance USA, Inc. and their manager, Mitsui Sumitomo Marine Management (U.S.A.), Inc. Not all insurers do business in all jurisdictions. All coverage is subject to the language of the policies as issued.

****

担当官名

**POLICE REPORT（警察の情報）**

Name of Officer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

管轄地域

バッジ番号

Badge No.: \_\_\_\_\_\_\_\_ Precinct::\_\_\_\_\_\_

警察からの呼び出し有無

Was Summons Issued? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（上記がある場合）誰のけがに対するものですか

To Whom:

名前

**INJURED（けが人の情報）**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住所

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電話番号

年齢

Telephone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_\_

歩行者

運転手

□Driver　　　　　□Pedestrian

他の車の同乗者

自車の同乗者

□Rider – Your Car □ Rider - Other Car

けがの症状

Nature of Injury:

名前

**INJURED（けが人の情報）**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住所

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電話番号

年齢

Telephone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_\_

相手運転手

歩行者

　□Driver 　 □Pedestrian

同乗者

他の車の同乗者

□Rider – Your Car　□Rider - Other Car

けがの症状

Nature of Injury:

**OTHER VEHICLE DAMAGED（相手車の情報）**

所有者

運転者

Driver: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Owner: \_\_\_\_\_

住所

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電話番号

Telephone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

年式/メーカー/モデル

Year/Make/Model\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

登録番号

Vin #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保険会社名

Insurance Co.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

証券番号

Policy #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

名前①

**WITNESSES（目撃者情報）**

(1)Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住所

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電話番号

Telephone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

名前

(2)Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住所

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電話番号

Telephone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**YOUR VEHICLE**

**（ご契約のお車の情報）**

年式/メーカー/モデル名

Year/Make/Model:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

登録番号

VIN #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

運転手名

Driver: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住所

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電話番号

Telephone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

損傷状態

Nature of Damage:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALL CLAIMS MUST BE REPORTED TO: 全ての事故報告は**

**こちらへ*866-676-6872*or by utilizing the following:** [https://www.interactclaims.com/MSMM/newclaim.jsp\*English](https://www.interactclaims.com/MSMM/newclaim.jsp#*English) only CLM520230823