

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Corporate Igazgatóság
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefon: (+36) 1-476-5604
Fax: (+36) 1-476-5606
E-mail: vagyonuzletag@alfa.hu

SZERZŐDŐ ADATAI

Neve:

Székhelyének címe:

ir.szám: helység:

út/utca/tér: házszám: emelet: ajtó:

Levelezési címe:

ir.szám: helység:

út/utca/tér: házszám: emelet: ajtó:

E-mail címe:

Telefonszáma:

BIZTOSÍTOTT ADATAI

A Biztosított: ☐ azonos a Szerződéssel
☐ ha nem azonos a Szerződéssel:

Neve:

Székhelyének címe:

ir.szám: helység:

út/utca/tér: házszám: emelet: ajtó:

A biztosított személyek:

☐ állatorvos		fő
☐ állategészségügyi képesítéssel rendelkező alkalmazott		fő
☐ állategészségügyi képesítéssel nem rendelkező alkalmazott		fő
☐ szakirányú képzésben részt vevő személy		fő
☐ állatorvos-gyakornok		fő

A biztosított tevékenységből származó éves árbevétel: eFt

Kívánt kártérítési limitek, vállalt önrészesedés (minimális önrészesedés: a kár 10%-a, de minimum 50.000 Ft káreseményenként):

Limit káreseményenként: millió Ft

Limit évente: millió Ft

Önrészesedés: a kár %-a, de minimum Ft/káresemény

A kockázatviselés kívánt kezdete (év/hó/nap):

Jelenleg van-e érvényes biztosítása erre a tevékenységre? ☐ igen ☐ nem

Ha igen, mióta? év

Okozott-e kárt a Biztosított az elmúlt 5 évben? ☐ igen ☐ nem

(A károk részletes leírása külön lapon megadható.)

Év	A kár oka	A kár értéke
		eFt
		eFt
		eFt
		eFt
		eFt

SZERZŐDŐ/BIZTOSÍTOTT MEGJEGYZÉSEI

Bármilyen adat, információ, melyet a Szerződő/Biztosított a biztosítói kockázat szempontjából fontosnak, említésre érdemesnek tart.

A csatolt külön lapok száma: db

A jelen adatközlő aláírásával a Szerződő/Biztosított nyilatkozik arról, hogy a feltüntetett adatok, információk a valóságnak megfelelnek. A biztosítási szerződés létrejötte esetén ez az adatközlő lap is a szerződés részévé válik.

Kelt:

év hó nap

Biztosított aláírása (ha nem azonos a Szerződéssel)

Szerződő aláírása

Közvetítő cég:

Név:

Kód:

Aláírás