

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: házsám: emelet: ajtó:

Levelezési címe:

ir.szám: helység:

út/utca/tér: házsám: 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: házsám: emelet: ajtó:

BIZTOSÍTANI KÍVÁNT TEVÉKENYSÉGEK LEÍRÁSA

- ☐ belföldi szállítmányozói tevékenység
- ☐ csomagolás
- ☐ raktározás (nem szállítmányozási tevékenység részeként)
- ☐ komissiózás

A jellemző tevékenységek leírása:

	%
	%
	%
	%

Raktárterület: m² (A műszaki/tűzvédelmi adatok megadása az 1.sz. mellékletben)

- Speciális tárolási módok: ☐ magasraktár
- ☐ A vagy B tűzveszélyességű anyagok/árúk
- ☐ mélyhűtött áruk
- ☐ hűtőtárolás
- ☐ egyéb:

Jellemző áruféleségek:

	%
	%
	%
	%

Kéri-e a fedezet kiterjesztését Alvállalkozókra? ☐ igen ☐ nem

Alvállalkozók neve:

Tevékenységük:

A biztosított tevékenységből származó éves árbevétel: eFt

Alkalmazottak száma: fő

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 létrejötté 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