

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.  
 Corporate Igazgatóság  
 1091 Budapest, Úllői 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 Szerződével  
 ha nem azonos a Szerződével:

Neve:

Székhelyének címe:  
 ir.szám:  helység:

út/utca/tér:  házsám:  emelet:  ajtó:

**BIZTOSÍTANI KÍVÁNT TEVÉKENYSÉGEK**

Működési terület, jellemző tevékenységek

<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %

Referenciák:

Kéri-e a fedezet kiterjesztését Alvállalkozókra?  igen  nem

Állandó Alvállalkozók neve:	Tevékenyséjük:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> eFt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> eFt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> eFt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> eFt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 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