

Allianz Szállítmányvédelem

Adatközlő keretbiztosításhoz

Összkockázatú keretbiztosítás:

Termék kód: OSB

Módozati kód: OBKSZ

Módozati szám: 4570

Veszélynem szerinti keretbiztosítás:

Termék kód: OSB

Módozati kód: VBKSZ

Módozati szám: 4572

HUNNIG: VSB

Biztosított adatai

A biztosított neve: _____

Székhely: _____ helység,
_____ út/utca, házsám, emelet, ajtó

Alapítás: _____ év ____ hó ____ nap

Cégjegyzékszám: _____

Adószáma: _____

Bankszámlaszám: _____

Internetes honlapja: _____

Kapcsolattartó: _____

Szerződő adatai, ha eltér a biztosítottól:

A szerződő megnevezése: _____

Székhely: _____ helység,
_____ út/utca, házsám, emelet, ajtóLevelezési címe: _____ helység,
_____ út/utca, házsám, emelet, ajtó

Telefonszáma: ____ / _____

Alapítás dátuma: _____ év ____ hó ____ nap

Cégjegyzékszám: _____

Bankszámlaszám: _____

Kapcsolattartó: _____

A szállított áru(k) megnevezése: _____

Állapota: új használt

Csomagolás: _____

Szállítási útvonal(ak) (átrakások helye): _____

Fuvarszköz(ök) – saját szállítóeszköz(ök) esetén azok darabszáma: _____

Szállítások gyakorisága: _____

Egy fuvarszközön szállított áruk max. értéke: _____

Előző évi tényleges vagy tárgyevi tervezett éves forgalom (szállított áruérték): _____

Biztosítani kívánt kockázatok: _____

Fenti áruk szállítása során az elmúlt 3 év kárai (oka, db, értéke): _____

Megjegyzések, és egyéb közölni kívánt információk:

Alulírottak, kijelentjük, hogy az általunk közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek, továbbá, hogy a biztosítás szempontjából egyetlen lényeges adatot sem hallgattunk el. Tudomásul vesszük, hogy a fenti adatok a biztosítás alapját képezik és a biztosító szolgáltatása is ezekkel összhangban, ez alapján történik. A kitöltött adatközlő nem minősül az ügyfél általi ajánlat tételnek, csupán a biztosítandó kockázat felmeréséhez szükséges adatközlést jelenti.

Köszönjük válaszait és megtisztelő bizalmát.

Kelt: _____, ____ év __ hó __ nap

P. H.

bróker/alkusz/ügynök/üzletkötő aláírása

P. H.

a szerződő/biztosított cégszerű aláírása

A szerződő/biztosított részéről a kérdőívet kitöltő (a kérdőívhez adatot szolgáltató) személy neve: _____

elérhetősége: Tel.: _____

Fax: _____

e-mail: _____

Kérdőívhez csatolt dokumentumok: _____
