

ANFRAGE ZUR GEWERBLICHEN HAFTPFLICHTVERSICHERUNG



Zurück an VHV / Fax-Nr. 0511.907-33 66 / Email vdp-Gewerbe@vhv.de

BETRIEBSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

VERMITTLER

Vermittler-Nr. / Vermittler-Name _____

Telefon-Nr. bei Rückfragen _____

ANGEBOTSNEHMER

Firmenname _____

Straße / Hausnummer _____

Name des Geschäftsführers _____

PLZ / Ort _____

Homepage _____

Neugründung Ja Nein

Tätigkeitsbeschreibung _____ zu _____ %

_____ zu _____ %

VERSICHERUNGSSUMMEN

Personenschäden _____ EUR Vermögensschäden _____ EUR

Sachschäden _____ EUR Tätigkeitsschäden _____ EUR

pauschale Deckungssumme _____

TARIFIERUNG

Anzahl der Inhaber _____

Umweltanlagen vorhanden Nein Ja _____

Anzahl der Mitarbeiter _____

Umweltschadenversicherung Nein Ja _____

(Vollzeit/Teilzeit/geringfügig Beschäftigte)

Abbrucharbeiten Nein Ja, in Form von _____

Lohn- und Gehaltssumme _____ EUR

(gemäß Meldung an die Berufsgenossenschaft)

Subunterbeauftragung Nein Ja, Anteil vom Umsatz _____ %

Jahresumsatz _____ EUR

SONSTIGES (Z.B. SELBSTBETEILIGUNG) _____

VORVERSICHERUNG

Nein Ja, Name der Gesellschaft _____

Versicherungs-Nr. _____ Derzeitiger Beitrag _____

Gekündigt durch Gesellschaft Antragsteller

VORSCHÄDEN

Nein Ja Anzahl _____ Schadenhöhe in EUR _____ Schadendatum _____