

Antrag / Fragebogen

W.A.S. Versicherungsmakler GmbH

Siebenmorgen 13 – 15

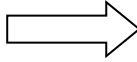
51427 Bergisch Gladbach

Telefon: 0 22 04 / 48 00 - 0

Telefax: 0 22 04 / 48 00 - 28

E-Mail: info@was-versicherungsmakler.de

Bitte per Fax oder Mail senden an



1.	<i>Versicherungsnehmer:</i> (Name, ggf. Firmierung, und Anschrift)	
2.	<i>Anzahl Personen:</i>	Osteopathen: _____ Angestellte Mitarbeiter (Vollzeit): _____ Angestellte Mitarbeiter (Teilzeit): _____
3.	<i>Versicherungsbeginn:</i>	_____
4.	<i>Vorversicherung:</i>	Name und Anschrift: _____ _____ _____ _____ Vertragsnummer: _____
5.	<i>Vorschäden:</i> (der letzten 3 Jahre)	
6.	<i>Gewünschte Deckungssumme:</i>	<input type="checkbox"/> Alternative I 3.000.000 € pauschal für Personen- und/oder Sachschäden <input type="checkbox"/> Alternative II 5.000.000 € pauschal für Personen- und/oder Sachschäden
7.	<i>Nachweis Mitgliedschaft VWOD:</i>	Mitgliedsnummer VWOD: _____ Bitte fügen Sie diesem Antrag eine Kopie des Mitgliedsausweises bei.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift