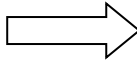


Antrag

Bitte per Fax oder Mail senden an



W.A.S.Versicherungsmakler GmbH

Schloßstraße 20
 51429 Bergisch Gladbach
 Telefon: 0 22 04 / 48 00 - 0
 Telefax: 0 22 04 / 48 00 - 28
 E-Mail: info@was-versicherungsmakler.de

1.	<i>Versicherungsnehmer:</i> (Name, ggf. Firmierung, und Anschrift)	
2.	<i>Tätigkeiten:</i>	Physiotherapie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Osteopathie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3.	<i>Anzahl Personen:</i>	Osteopathen: _____ Angestellte Mitarbeiter (Vollzeit): _____ Angestellte Mitarbeiter (Teilzeit): _____
4.	<i>Versicherungsbeginn:</i>	_____
5.	<i>Vorversicherung:</i>	Name und Anschrift: _____ _____ _____ Vertragsnummer: _____
6.	<i>Vorschäden:</i> (der letzten 3 Jahre)	
7.	<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
8.	<i>Nachweis Mitgliedschaft VWOD:</i>	Mitgliedsnummer VWOD: _____ Bitte fügen Sie diesem Antrag eine Kopie des Mitgliedsausweises bei.