

aanvraagformulier voor offerte

WEGAM-POLIS

Werkgeversaansprakelijkheid tijdens gebruik van motorrijtuigen.

1. AANVRAGER

Bedrijfsnaam: _____

(Post)Adres: _____

Postcode & vestigingsplaats: _____

Telefoon: _____

Bank-/gironummer: _____

2. TE VERZEKEREN SOM

EUR 500.000,00 per gebeurtenis

EUR 1.000.000,00 per gebeurtenis

3. INGANGSDATUM

Deze verzekering heeft een vaste vervaldatum op 1 januari

4. GEGEVENS OVER BEDRIJF

Welk beroep of bedrijf wordt uitgeoefend?: _____

Omschrijving van de werkzaamheden: _____

5. GEGEVENS OVER DE TE VERZEKEREN WERKNEMERS

Hoeveel fulltime werknemers heeft uw bedrijf? _____ = _____ fte's

Hoeveel parttime werknemers heeft uw bedrijf? _____ = _____ fte's

Totaal _____ fte's

Wat is het totaal brutojaarloon van de fulltime en parttime medewerkers _____

Maakt uw bedrijf gebruik van tijdelijke krachten (uitzendkrachten, vakantiewerkers e.d.)? Nee Ja _____

Wat is het bruto betaalde bedrag per jaar voor niet in dienst zijnde personen? _____

Hoeveel % van de medewerkers bestuurt regelmatig een motorrijtuig ten behoeve van het bedrijf? *

minder dan 25 %

minder dan 50 % maar meer dan 25%

meer dan 50%

* een werknemer wordt als regelmatige bestuurder aangemerkt als hij meer dan 5000 km. per jaar voor het bedrijf rijdt

6. ONDERTEKENING

De ondergetekende verklaart, mede gelet op de inhoud van artikel 251 Wetboek van Koophandel, dat de gegeven antwoorden juist en volledig zijn.

Ondergetekende verklaart zich akkoord met toepassing van de algemene voorwaarden die op de aangevraagde verzekering van toepassing zijn. Deze liggen ter inzage bij de verzekeringsadviseur en op <http://www.lugtsobbe.nl>

Zij worden op verzoek voor het sluiten van de overeenkomst toegezonden, maar zijn in elk geval opgenomen in de af te geven polis.

Plaats en datum

Handtekening aanvrager

Uitsluitend in te vullen door verzekeringsadviseur

Nummer verzekeringsadviseur

5258

Is de verzekering in voorlopige dekking gegeven? Nee

Ja:

schriftelijk

mondeling

d d

aan,

Is voor deze verzekering een offerte verstrekt door de verzekeraar?

Nee

Ja:

schriftelijk

mondeling

d. d.

aan:

Naam en adres van uw verzekeringsadviseur

mr. Tielens Assurantiën

Postbus 99

6130 AB

Sittard

tel : 046-4513543

fax : 046-4525081

e-mail : info@tielens.nl

web-site : www.tielens.nl

EUROLLOYD VERZEKERINGEN

Minervaplein / Michelangelostraat 67

1 077 BW Amsterdam. Tel. 020-673 75 77. Fax. 020 - 673 00 23