

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: www.alfa.hu

Alulírott/Károkozó
vezetéknév: utóneve:

Születési helye: Születési ideje: év hó nap

Anyja vezetéknév: utóneve:

Állandó lakcíme:
irányítószám: helység:

út/utca/tér: házszaám: emelet: ajtó:

Telefonszám:

E-mail cím:

az alábbi nyilatkozatot teszem:

Károsult vezetéknév: utóneve:

Állandó lakcíme:
irányítószám: helység:

út/utca/tér: házszaám: emelet: ajtó:

Telefonszám:

E-mail cím:

év hó napján keletkezett károsodás az alábbiak szerint történt:

A fent leírt események bekövetkeztében felelősségemet elismerem nem ismerem el

vagy

a társasház felelősségét elismerem nem ismerem el (közös képviselő).

(Megfelelő rész X-el jelölendő)

Nyilatkozom, hogy a károsulttal semmilyen rokoni kapcsolatban nem állok.

Hozzájárulok ahhoz, és egyben kérem is, hogy a keletkezett kár térítését a biztosító társaságnál kezelt,
 számú biztosítási szerződés(em) feltételei alapján és ennek terhére a károsult részére szíveskedjenek teljesíteni.

A fent leírt események bekövetkeztében felelősségemet elismerem

vagy

a társasház felelősségét elismerem (közös képviselő).

(Megfelelő rész X-el jelölendő)

Kelt: , év hó nap

Károkozó aláírása/Társasház közös képviselőjének aláírása