



OPTIKER-POLICE

Fax-Anfrage

Ich interessiere mich für die Optiker-Police, bitte erstellen Sie für mich ein Angebot.

| | |
|-----------------------------|---------|
| Firma | |
| Name / Vorname des Inhabers | |
| Strasse / Hausnummer | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon | Telefax |
| em@il | mobil |

| | |
|--|--|
| Anzahl der beschäftigten Personen: | |
| Wert der Einrichtung u./o. Ware: (= Versicherungssumme) | |
| Name des derzeitigen Versicherers (Sachversicherung) Vertragsnummer: | |
| Name des derzeitigen Versicherers (Haftpflichtversicherung) Vertragsnummer: | |
| Name des derzeitigen Versicherers (Glasversicherung) Vertragsnummer: | |
| Anzahl Schäden in den letzten 5 Jahren: | |
| Höhe Schäden in den letzten 5 Jahren (Gesamtsumme): | |

Ich bevollmächtige den derzeitigen Versicherer, dem Assekuranzbüro Bernd Linden Auskunft über den Schadenverlauf zu erteilen.

| | |
|-------|--------------|
| | |
| Datum | Unterschrift |

Um Ihnen ein optimales Angebot erstellen zu können, senden Sie bitte diese Anfrage ausgefüllt und unterschrieben per Fax an folgende Fax-Nummer: 030 – 219 18 388, vielen Dank!