

Angebotsanfrage zur Betriebspolice Select an die SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers/Antragstellers	
Telefonnummer geschäftlich	
Telefonnummer mobil	
E-Mailadresse	
Beratungsgespräch	<input type="checkbox"/> Ich wünsche ein persönliches Beratungsgespräch <input type="checkbox"/> Ich wünsche die Erstellung eines Angebotes anhand der folgenden Daten
1. Allgemein	
1.1 Betriebsart	_____
1.2 Verbandszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Inhalt / Unterbrechung	
2.1 Wert der Betriebseinrichtung	_____ EUR
2.2 Wert Waren/Vorräte	_____ EUR
2.3 Vorversicherung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, 3 Jahre schadenfrei
2.4 dynamische Selbstbeteiligung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 250,00 EUR <input type="checkbox"/> 500,00 EUR <input type="checkbox"/> 1.000,00 EUR
2.5 gefahrenerhöhende Betriebe im Gebäude	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
2.6 Vertragsdauer	<input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre
3. Betriebshaftpflichtversicherung	
3.1 Vorversicherung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, 3 Jahre schadenfrei
3.2 Umsatzsumme	_____ EUR
3.3 Mitversicherung von Export	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weltweit ohne Kanada/USA <input type="checkbox"/> weltweit mit Kanada/USA
3.4 dynamische Selbstbeteiligung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 250,00 EUR <input type="checkbox"/> 500,00 EUR <input type="checkbox"/> 1.000,00 EUR
3.5 Vertragsdauer	<input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre

Ich bin damit einverstanden, dass die SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG meine Kontaktdaten für die Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der Angebotserstellung nutzen dürfen. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. (Bitte ankreuzen, freiwillige Angaben)

Ja, für Telefonnummer

Ja, für E-Mail

Ja, für SMS

Datum

Unterschrift

Rücksendung an:

E-Mail: Handel@signal-iduna.de

Fax: 0231-135 13 2768

Anschrift:
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
Joseph-Scherer-Str. 3
44139 Dortmund
uvöhb-91900