



MaklerService ■



Antragsformular Haftpflichtversicherung Österreichischer Dachverband für Shiatsu

Versicherungsnehmer/
Prämienzahler _____
Anschrift/Geb.Datum _____

Risiko Haftpflichtversicherung für Shiatsu-Praktiker
Versicherungssumme € 1.500.000,--

Bedingungen: H940, HY8

Prämie inkl. Vers.St.
pro Person EUR 37,00 p.a.

Vertragslaufzeit 10 Jahre
Versicherungsbeginn/ _____
Versicherungsablauf Beginn (JJJJ/MM/TT) Ablauf (JJJJ/MM/TT)

Zahlungsrhythmus jährlich

Zahlungsweg Einzugsermächtigung Zahlschein

BLZ _____ Konto _____ Kreditinstitut: _____

Wurden dem Versicherungsnehmer beantragte Risiken
gekündigt, abgelehnt, oder einvernehmlich aufgelöst? ja nein

Haben Sie in den beantragten Risiken
bereits Schäden erlitten? ja nein

Unterschrift Betreuer _____ Ort, Datum _____ Unterschrift VersicherungsnehmerIn _____
Gerhard Lehnert
gerhard.lehnert@awd.at
Mobil: 0660 211 62 69

Bitte ausgefüllt und unterschrieben an **0732/375900-10** faxen oder eingescannt an
awd.linz@awd.at mailen.
Postadresse: AWD Salzburgerstr. 292, 4060 Linz