

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