

**SOOVIIVALDUS ETTEVÖTTE TEGEVUSE VASTUTUS-
KINDLUSTUSE LEPINGU SÖLMIMISEKS**

Palume täita trükitähtedega



KINDLUSTUSVÖTJA	Ettevõtte nimi		Äriregistri nr.
	Kontaktisik	Telefon	Faks
	Aadress (linn, tänav, maakond, indeks)		E-post
KINDLUSTUSANDMED	Soovitatav kindlustussumma		
	Soovitatav omavastutus		
	Soovitatav kehtivuspiirkond		
KINDLUSTATAVA TEGEVUSE ISELOOMUSTUS			
		Antud tegevusalal tegutsemise staaž	
KAHJUD	Võimalikud kahjujuhtumid		
	Viimase 5 tegevusaasta jooksul toimunud kahjujuhtumid / esitatud kahjunõuded		
	Kas praegu on teada võimalikest kahjunõuetest kindlustusvõtja vastu? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah – palume kirjeldada		
ÜLDANDMED	Ettevõtte käive käesoleval aastal	Käibe prognoos tulevaks aastaks	
	Töötajate arv kokku	Ettevõtte aastane palgafond (ilma maksudeta)	
	Töötajate arv töögruppide kaupa	Ettevõtte aastane palgafond töögruppide kaupa	
MÄRKUSED			
	(vajadusel kasutage lisalehte)		
KINDLUSTUS- TINGIMUSED	Tegevuse vastutuskindlustuse tingimused 1/2005 (01.07.2005) Üldised lepingutingimused 1/2008 (01.07.2008)		
KOHENE KINDLUSTUSKAITSE	Seesam ei paku kohest kindlustuskaitset.		
KINDLUSTUSVÖTJA ALLKIRI	Soovin Seesami pakkumust ettevõtte tegevuse vastutuse kindlustamiseks. Olen avaldanud pakkumuse koostamiseks tõesed andmed ning olen teadlik, et Seesamil on õigus kontrollida minu poolt esitatud andmete õigsust.		
	Koht ja aeg	Kindlustusvõtja esindaja nimi ja allkiri	

SEESAM INSURANCE AS, VAMBOLA 6, TALLINN 10114	<i>Avalduse vastu võtnud Seesami esindaja nimi, allkiri, avalduse vastuvõtmise kuupäev.</i>
--	---