PUBLIKUS DOKUMENTUM

UNION
VIENNA INSURANCE GROUP

# Felelősségi nyilatkozat

Kárszám: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Alulírott

név: _____

cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

az alábbi nyilatkozatot teszem:

A károsult

neve: _____

címe: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

20 _____ év _____ hó _____ napján keletkezett károsodás az alábbiak szerint történt:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

A fent leírt események bekövetkeztében
*felelősségemet elismerem* vagy
*a társasház felelősségét elismerem* (közös képviselő).
*(Megfelelő rész aláhúzandó, a megfelelő választ kérjük jelölni!)*

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.

☐ Alulírott név: _____

cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó.

Biztosítással a(z) _____ biztosítónál rendelkezem. Kötvényszám: _____

A fent leírt események bekövetkeztében
*felelősségemet nem ismerem el* vagy
*a társasház felelősségét nem ismerem el* (közös képviselő).
*(Megfelelő rész aláhúzandó!)*

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____
károkozó aláírása / társasház közös képviselőjének aláírása

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1082 Budapest, Baross utca 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: 06-1-486-4343
Honlap: www.union.hu