



Sõidukikindlustuse avaldus SA

Kindlustusvõtja

 Käibemaksukohuslane

Ees- ja perekonnanimi/äriühing	Isikukood/registrikood
Aadress	Telefon/ e-mail

Sõiduki omanik

 Käibemaksukohuslane

Ees- ja perekonnanimi/äriühing	Isikukood/registrikood
Aadress	Telefon

Soodustatud isik

Ees- ja perekonnanimi/äriühing	Isikukood/registrikood
Aadress	Telefon

Kindlustatav ese

Sõiduki mark, mudel ja modifikatsioon	Kindlustussumma			
Registreerimismärk	VIN-kood (tehasetähis)	Ümberehitused		
Võimsus kW	Kandevõime kg	Ehitusaasta	Mootori töömaht	Mootori tüüp
Sõiduki kategooria	Läbisõit	Värvus		
Varasemad kahjujuhtumid (viimase viie aasta jooksul)	Sõiduki kasutusotstarve <input type="checkbox"/> tava <input type="checkbox"/> töö <input type="checkbox"/> võistlus <input type="checkbox"/> muu			

Sõiduki kompleksus

Alarmi tüüp ja arv	Immobilaiseri tüüp ja arv	Võtmete arv
Esiklaas <input type="checkbox"/> tavaline <input type="checkbox"/> toonitud <input type="checkbox"/> toonitud ribaga <input type="checkbox"/> soojendusega	Salongiklaasid <input type="checkbox"/> tavaline <input type="checkbox"/> toonitud <input type="checkbox"/> kiletatud <input type="checkbox"/> muu	
Audiosüsteemi mark ja mudel	Sõiduki kasutajad	
Veljed: <input type="checkbox"/> valuvelg <input type="checkbox"/> plekk <input type="checkbox"/> mõõt/mark <input type="checkbox"/> ilukilp	Turvapoldid olemas <input type="checkbox"/> jah <input type="checkbox"/> ei	Lisatud <input type="checkbox"/> jah <input type="checkbox"/> ei
Lisavarustus	<input type="checkbox"/> 10 000 <input type="checkbox"/> 20 000 <input type="checkbox"/> 30 000 <input type="checkbox"/> Üle 30 000 nimekirja alusel	
	Lisavarustuse kindlustussumma _____	

Kindlustusriskid

<input type="checkbox"/> Liiklus-õnnetus	<input type="checkbox"/> Loodus-õnnetus	<input type="checkbox"/> Tulekahju	<input type="checkbox"/> Vandalism	<input type="checkbox"/> Vargus	<input type="checkbox"/> Esiklaas	<input type="checkbox"/> Salongiklaaside täisring	<input type="checkbox"/> Lisa-varustus
------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------------------	----------------------------------------

Omavastutus

Sõiduauto ja pakiauto <input type="checkbox"/> 3000 <input type="checkbox"/> 5000 <input type="checkbox"/> 10 000	Veoauto, buss ja haagis <input type="checkbox"/> 6000 <input type="checkbox"/> 10 000 <input type="checkbox"/> 20 000
Omavastutus varguse korral 15%	Omavastutus täielikul hävimisel 10%

Täidab Kindlustusandja/ Esindaja

Kindlustusmakse	Kindlustusperiood Algus _____ 20 a Lõpp _____ 20 a
Tasumise tähtaeg	
Osamaksed	
Kindlustusterritoorium <input type="checkbox"/> Euroopa v.a. SRÜ riigid, Ukraina, Valgevene, Moldova, Türgi	<input type="checkbox"/> Euroopa, SRÜ Euroopa-osa, Ukraina, Valgevene v.a. Moldova, Ingussia, Tsetseenia, Osseetia, Dagestan, Türgi
Eritingimused	

Lisamärkused kindlustatava eseme ülevaatusel

Vigastused
Sõiduki ülevaatus teostatud _____ 20 a Nimi _____ Allkiri _____

Kindlustusvõtja on kindlustusvaldusega seotud 30 päeva peale avalduse esitamist kindlustusandjale. QBE Insurance (Europe) limited Eesti filiaal ei võimalda kohest kindlustuskaitset. Kindlustusleping jõustub kindlustuspoliisil märgitud kindlustusperioodi alguskuupäeval. Kui Kindlustusvõtja ei ole 14 päeva jooksul pärast kindlustuslepingu sõlmimist tasunud (esimest) kindlustusmakset võib kindlustusandja kuni makse tasumiseni lepingust taganeda. Kindlustuslepingule rakendatakse kehtivaid sõidukikindlustuse tingimusi.

Kindlustusvõtja deklaratsioon

Kinnitan oma allkirjaga, et minu poolt avalduses esitatud andmed on tõesed. Olen kindlustuse tingimustega tutvunud. Valeandmete esitamine võib olla kindlustusandjale aluseks hüvitise väljamaksimisest keeldumiseks. Käesolev avaldus on kindlustuslepingu lahutamatu osa.

Kindlustusandja/Esindaja

Nimi
Kuupäev _____ 20 a
Allkiri _____ Kood _____
Telefon/ e-mail

Kindlustusvõtja/Esindaja

Nimi
Kuupäev _____ 20 a
Allkiri _____ Kood _____
Telefon/ e-mail

QBE INSURANCE (EUROPE) LIMITED EESTI FILIAAL

www.qbeurope.com/estonia, reg kood 11392150
tel nr 667 1400