

Offertunderlag SCR försäkringen

Datum:

Allmänna uppgifter

1. Företagets namn och organisationsnummer:	
2. Adress, postnummer, ort:	
3. Fastighetsbeteckning:	4. Kommun:
5. Medförsäkrade dotterbolag med organisationsnummer:	
6. Kontaktperson:	
7. Telefonnummer:	8. E-post:
9. Antal stjärnor:	10. Antal platser:
11. Öppet <input type="checkbox"/> Säsong <input type="checkbox"/> Året runt	
12. Äger ni byggnaderna? (Om svaret är nej, gå till fråga 16) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
13. Stugor för uthyrning med vatten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange antal och kvm/stuga:
14. Stugor för uthyrning utan vatten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange antal och kvm/stuga:
15. Villavagnar för uthyrning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange antal:
16. Finns restaurang? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Brännbar <input type="checkbox"/> Icke brännbar	Om restaurang finns, ange kvm:
17. Finns vandrarhem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Brännbar <input type="checkbox"/> Icke brännbar	Om vandrarhem finns, ange kvm:
18. Finns pool eller vattenrutschbana? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	19. Förekommer annan verksamhet än campingverksamhet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20. Total årsomsättning (SEK):	
21. Önskemål om tilläggsförsäkring utöver ovanstående <input type="checkbox"/> Jag önskar kontakt och information om Motorfordonsförsäkring <input type="checkbox"/> Jag önskar kontakt och information angående:	
22. Har ni under de senaste 3 åren haft några skador som resulterat i att försäkringsersättning har utbetalats? <input type="checkbox"/> Ja (bifoga beskrivning över antal skador, typ, orsak, belopp etc.) <input type="checkbox"/> Nej	

Härmed bekräftas att ovan angivna uppgifter är riktiga. Uppgifterna ligger till grund försäkringens utformning och omfattning. Spara en kopia på detta underlag till försäkring och använd denna för kontroll av utfärdad offert eller försäkring. Fullmakt ges till SÅKRA AB, 556534-9270 att företräda oss avseende SCR försäkringen.

Organisationsnummer:	Namnteckning/firma:
Datum:	Namnförtydligande: