

Senden an:

trecura, Versicherungsvermittlung und Service GmbH, Rheingaustrasse 15, 12161 Berlin

Fax 030 / 501 734 49 E-Mail: anfrage@trecura.de

## Arzneimittelhersteller-Haftpflichtversicherung

### Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Haus- Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Arzneimittelhersteller-Haftpflichtversicherung

Versicherungssumme (VS) / Deckungssumme (DS):  Standard /  individuell: EUR \_\_\_\_\_

Risikobeschreibung:

Ablauf der bestehenden  
Versicherung:

\_\_\_\_\_

Prämie:

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: