

„FLASH DOKTOR” ADATMENTÉS SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

Biztosítási szerződés száma:

Biztosított neve:

Cím:

Telefonszám:

Email:

Az adatrögzítő eszköz
(fényképező, kamera, telefon, PDA)
és/vagy az adathordozó
(sd, xd, mmc memóriakártya, stb.)
megnevezése és azonosítói:
A hiba és felmerülésének
helye, időpontja ill. egyéb
fontos körülmények:
(pl. adatmentési kísérletek)
Keresett adatok leírása:
(időtartam, típus, mennyiség,
tartalom, egyéb fontos információ)

Alulírott **<Biztosított>** nyilatkozom, hogy a fent megadott eszközről kérem az adatok helyreállítását a biztosítási feltételek szerinti önrészfizetési kötelezettség figyelembevételével. (a szolgáltatás teljesítése után, a flash memória átvételét megelőzően 3000 Ft + Áfa önrészt fizetek a Szolgáltató (KÜRT Zrt, 2040 Budaörs Szabadság út 301.) megbízottja részére.)

<Dátum, hely.>

.....

Biztosított aláírása