



Persönliche Angaben

Bitte geben Sie Ihre Daten möglichst vollständig ein!

Fahrzeughalter:

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

(TT.MM.JJJJ)

Fahrerlaubnis seit:

Beruf:

Arbeitnehmer

Selbstständig

öffentl. Dienst

Beamter

Landwirtschaft

Versicherungsnehmer:

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Fahrerlaubnis seit:

Fahrerkreis:

1. Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Fahrerlaubnis seit:

2. Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Fahrerlaubnis seit:

3. Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Fahrerlaubnis seit:

Fahrzeugangaben

Bitte entnehmen Sie die Daten aus dem Fahrzeugschein und dem Kaufvertrag!

Herstellernummer:

Erstzulassung:

(TT.MM.JJJJ)

Typkennzahl:

Zulassung auf Halter:

(TT.MM.JJJJ)

Ausführung:

aktueller KM-Stand:

Gesamtgewicht (kg):

KM pro Jahr:

Altvertrag bei:

Vertrags-Nr.:

Kennzeichen:

(Versicherungsgesellschaft)

Weitere Angaben

Bitte entnehmen Sie die Daten aus dem Fahrzeugschein und dem Kaufvertrag!

Fahrzeugstellplatz:

Straße

Garage

Carport

Tiefgarage/Sammelgarage

bewachter Parkplatz

Wohneigentum?

kein

Selbst bewohnt

Vermietet

Fahrzeugfinanzierung:

Kreditfinanziert

Leasing

Eigenfinanziert

Fahrzeug ist bezahlt

Mitgliedschaften:

ADAC

ACE

ACV

Deutscher Beamtenbund

Berufs- und Sozialwerke

Sonstige Mitgliedschaften:



Versicherungsleistungen

Bitte geben Sie Ihren gewünschten Versicherungsschutz an!

gewünschter Versicherungsschutz:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Teil-Kaskoversicherung | <input type="checkbox"/> Voll-Kaskoversicherung |
| Selbstbeteiligung: | <input type="checkbox"/> 0 € <input type="checkbox"/> 150 € <input type="checkbox"/> 300 € | <input type="checkbox"/> 300 € <input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1000 € |
| Rabattschutz | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Kasko Rückkauf | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Haarwild/Tiere | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Marderbiss | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Lawine | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Dachlawine | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Verzicht des Einwands auf grobe Fahrlässigkeit | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| GAP-Deckung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Keine Werkstattbindung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Neuwertentschädigung | <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate | |
| Schutzbrief | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Rückkauf eines HV-Schaden | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Rückkauf eines Kaskoschaden | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

Schäden der vergangenen Jahre:

(SFR...Schadenfreiheitsklasse, HV...Haftpflichtversicherung, TK...Teilkasko-Versicherung, VK...Vollkasko-Versicherung)

Jahr	Schadenhöhe			SFR	
	HV	VK	TK	HV	VK

gewünschte Zahlweise 1/1 (jährlich) 1/2 (halbjährlich) 1/4 (je Quartal) 1/12 (monatlich)

Bankverbindung:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Kreditinstitut:

Ort:	Kunde: Name:
Datum:	Vorname:
	geboren am:
Der Kunde bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit seiner Angaben und die Erteilung der Beitragseinzugsermächtigung.	Unterschrift Kunde: