

Angaben zu Ihrer Kfz-Versicherung

Bitte die Angaben vollständig ergänzen. Nur so kann eine optimale Versicherungsprämie ermittelt werden.

Versicherungsnehmer	
Name, Vorname, Firma	
Geb. am/Ort	
Strasse, Hausnr.	
PLZ, Ort,	
Tel.-Nr./Fax/Handy	
Ansprechpartner	
Mail- Adresse	
Beruf	Selbstständig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Branche:	
Vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fahrzeugnutzung gewerblich:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verwendungszweck:
Führerscheindaten	Klasse: ausgest.am: durch: Unterbrechung von bis Einschränkungen
Halter lt. Fahrzeugschein	
Amtl. Kennzeichen:	
Hersteller-Nummer (HSN):	
Typschlüsselnummer (TSN):	
Fahrzeugneuwert?	Fahrzeugzeitwert?
Höhe der Sonderausstattung:	(Bitte Kaufpreisliste beifügen – nur bei Vollkaskoversicherung-)
Leasing oder Finanzierung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM/Fahrleistung pro Jahr:	Aktueller Kilometerstand:
Erstzulassung:	
Zulassung auf VN?	
Öffentlicher Dienst -B-Tarif?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behörde:
Nächtlicher Abstellplatz:	Garage <input type="checkbox"/> , Straße <input type="checkbox"/> , Carport <input type="checkbox"/> , Tiefgarage <input type="checkbox"/> ,
Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	Fahrten nur innerhalb EU, Schweiz, Norwegen, Kroatien <input type="checkbox"/> Fahrten in die Türkei <input type="checkbox"/> Fahrten in sonstige Länder des Geltungsbereich <input type="checkbox"/>
Besteht eine Wohngebäudeversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gesellschaft:
Sind Sie Mitglied in einem Automobilclub	<input type="checkbox"/> ja ADAC <input type="checkbox"/> AvD <input type="checkbox"/> ARCD <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein andere <input type="checkbox"/>
Wer fährt das Auto noch?	
Name, Vorname des Fahrers	
Geburtsdatum, Führerscheindatum,	
Alter des jüngsten Fahrers:	des ältesten Fahrers:
Geburtsdatum jüngstes Kind	
des ältesten Kindes im Haushalt?	
Vornamen des/der Kindes/er	
Die Vorversicherung besteht/ bestand ununterbrochen seit? Jahren	

Bei welcher Gesellschaft?			
Versicherungsscheinnummer:			
Vom Vorversicherer gekündigt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schäden in den letzten 2 Jahren?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gesamthöhe Schaden
Haftpflicht SFR		(bitte nicht Prozente angeben, sondern die schadenfreien Jahre)	
Kasko SFR		(bitte nicht Prozente angeben, sondern die schadenfreien Jahre)	
Teilkaskodeckung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		SB <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 2500 <input type="checkbox"/>	
Vollkaskodeckung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		SB <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 2500 <input type="checkbox"/>	
Anzahl aller Fahrzeuge		PKW:	LKW:
Weitere Leistungen			
Privat		Gewerblich	
Schutzbrief gewünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schutzbrief gewünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
GAP-Deckung gewünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	GAP-Deckung gewünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rabattschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verzicht auf den Einwand grober	
Direktregulierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fahrlässigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verzicht auf den Einwand		Maschinenbruchversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
grober Fahrlässigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Brems- Bruch- Betriebsschäden	
Folgeschäden Marderbiss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Transportvers. Inhalt (Handy	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werkstattbindung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Laptop etc.)	
Verkehrsrechtsschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Insassenunfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Innere Betriebsschäden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Verkehrsrechtsschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/12	Einmalig <input type="checkbox"/>	Rechnung <input type="checkbox"/>
Bankverbindung	Bank:		
	BLZ:		Kto:

Unterschrift für Versicherungsangebot (kein Antrag)

Die hier gemachten Angaben habe ich nach bestem Wissen vorgenommen und sollen ausschließlich zur Ermittlung eines Kfz- Versicherungsangebotes Verwendung finden.

Ich wurde darüber informiert, dass es sich **nicht** um einen Versicherungsvertrag handelt.

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

HR- Auszug (nur Gewerbe); Ausweiskopie, Führerscheinkopie; Fahrzeugschein Teil I u. II ; Kopie Vorversicherung

und schicken diese

per Fax an:
+49(0)6103-388002

per Post an:
Profi Concept GmbH
Otto-Hahn- Str. 31-33
D-63303 Dreieich

per E-Mail an:
info@proficoncept-gmbh.de