



Tarifumstellung zum _____ auf Basis Komfort

Versicherungsschein-Nr.: _____ Agentur-Nr.: _____
Ansprechpartner im Autohaus: _____ Tel.-Nr.: _____

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Haus-Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Fahrzeugdaten:

Fahrzeug vom Finanzamt als Betriebsausgabe anerkannt? ja nein
Amtliches Kennzeichen: _____
Datum der Erstzulassung: _____ Datum der Zulassung auf VN/Halter _____
Jährliche Fahrleistung: _____ km Aktueller Kilometer-Stand: _____ km

Merkmale:

Berufliches Umfeld: _____ (s. Auflistung unten)
 Das Fahrzeug wird ausschließlich vom Versicherungsnehmer gefahren.
 Das Fahrzeug wird auch vom Ehe-/Lebenspartner gefahren.
Name, Vorname, Geburtsdatum des Partners: _____
 Neben dem Versicherungsnehmer fahren weitere Familienangehörige in häuslicher Gemeinschaft mit dem Fahrzeug.
Geburtsjahr jüngste(r) Fahrer(in): _____ m w Geburtsjahr älteste(r) Fahrer(in): _____ m w
 Das Fahrzeug wird auch von anderen Fahrern genutzt. Alter jüngste(r) Fahrer(in): _____ m w
Nächtlicher Abstellplatz des Fahrzeuges:
 Einzel-/Doppelgarage Tief-/Sammelgarage Carport/umfriedeter Abstellplatz sonstiger Abstellplatz
Versicherungsnehmer ist Eigentümer eines/einer selbst bewohnten
 1-/2-Familienhauses Mehrfamilienhauses Eigentumswohnung kein Wohneigentum

Deckungsumfang:

AutoPlus: Einschluss Ausschluss
Kaskoversicherung: Ausschluss
 VK 300 EUR / TK 0 EUR TK 0 EUR
 VK 300 EUR / TK 150 EUR TK 150 EUR
 VK 500 EUR / TK 150 EUR

Kfz - Unfallversicherung:

Ausschluss
 Fahrerschutz Fahrer- und Insassenschutz
Versicherungssummen: Tod _____ EUR Dauerfolgen (Invalidität) _____ EUR

Zahlung/Einzugsermächtigung:

Zahlungsperiode: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich
Konto-Nr.: _____ BLZ _____
Kontoinhaber: _____

Unterschrift Kontoinhaber, wenn abweichend von VN: _____
Beitrag Kfz - Haftpflichtversicherung: _____ EUR
Beitrag Kaskoversicherung: _____ EUR
Beitrag Kfz - Unfallversicherung _____ EUR **Gesamtbeitrag je Zahlungsperiode: _____ EUR**

Datum: _____ Unterschrift Versicherungsnehmer: _____

Tarifumstellung bitte an 030/53893-60438 faxen.

Berufliches Umfeld: 1=Architektur-/Sachverständigen-/Ingenieurbüro, 2=Automobilbranche, 3=Banken und Versicherungen, 4=Baugewerbe, 5=Berufsbeamter/-richter, 6=Berufsbeamter/-richter (im Ruhestand), 7=Chemie/Pharma, 8=Energie- / Wasserversorgung, 9=Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, 10=IT-/Telekommunikation, 11=Kirchliche, mildtätige, gemeinnützige Einrichtung, 12=Land-/Forstwirtschaft, Gartenbau, 13=Medien, Unterhaltung, Verlagswesen, 14=Öffentlicher Dienst/Berufs- oder Zeitsoldaten, 15=Rechts-, Steuer-, Wirtschaftsberatung, 16=Transport, Logistik, Verkehr, 17=Sonstiger Handel und Dienstleistungen, 18=Sonstiges verarbeitendes Gewerbe, 19=Sonstige Branche, 20=Hausfrau/Hausmann, 21=Ruhestand, 22=Schüler/Student, 23=Teilzeitbeschäftigung (weniger 50%), 24=Keine Erwerbstätigkeit