

Anfrage zur Oldtimer-Versicherung

ADP-Nr. _____

Zur besseren Lesbarkeit füllen Sie dieses Formular bitte am Bildschirm aus.

1. Kundendaten (VN)

Name, Vorname	Geb.-Datum	Nationalität
_____	_____	_____
Strasse	Telefon	
_____	_____	
PLZ, Ort	Telefax	
_____	_____	
Berufstätigkeit	E-Mail	
_____	_____	

2. Fahrzeugdaten

Hersteller / Modell	HSN	TSN
_____	_____	_____
Leistung in kW	Hubraum	Datum Erstzulassung
_____	_____	_____
Datum Zulassung auf Kunde		
Amtl. Kennzeichen	Ggf. Saison	Marktwert in Euro
_____	_____	_____
Zustandsnote (1 – 6)		
Geb.-Datum / Name ältester Nutzer / Verhältnis zum VN	Geb.-Datum / Name jüngster Nutzer / Verhältnis zum VN	
_____	_____	
Fahrleistung im Jahr	Km-Stand	Gutachten vorhanden?
_____	_____	_____
Art der Unterstellung	Abschließbar?	Gewünschter Versicherungsumfang (Voll- / Teilkasko), SB
_____	_____	_____

Incl. Allgefahrendeckung

3. Bisherige Versicherung

Gesellschaft	Versicherungsnummer
_____	_____
SF-Klasse Haftpflicht / %	SF-Klasse Kasko / %
_____	_____
Schäden in den letzten 5 Jahren? Ggf. Art und Höhe	

Als Vorversicherung anrechenbar?	Hersteller / Modell zuletzt versichertes Fahrzeug
_____	_____

4. Ihre Nachricht an uns

Bitte senden Sie uns dieses Formular **gut leserlich und vollständig** ausgefüllt per Fax oder E-Mail zu.

Wir weisen darauf hin, daß Ihre Daten zur Angebotsunterbreitung gespeichert werden.