

ADFC • ASSEKURANZ - unverbindliche Angebotsanfrage für einen EDV-Vergleich zur Kfz-Versicherung

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus und senden Sie den Fragebogen an uns zurück.

Anstelle der Fahrzeugdaten können Sie auch eine Kopie Ihres Fahrzeugscheines beifügen.

Sie erhalten dann kurzfristig von uns ein Angebot des für Sie ermittelten Versicherers.

Antragsteller/in

Anrede	<input type="radio"/> Firma	<input type="radio"/> Herr	<input type="radio"/> Frau	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname, Name	<input type="text"/>			Beruf	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>		<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Telefon	<input type="text"/>

Fahrzeughalter

Anrede	<input type="radio"/> Firma	<input type="radio"/> Herr	<input type="radio"/> Frau
Vorname, Name	<input type="text"/>		

Fahrzeugdaten

Hersteller	<input type="text"/>	Kfz-Kennzeichen	<input type="text"/>	KW-Zahl:	<input type="text"/>
Schlüsselnummer für Hersteller	<input type="text"/>	Datum des Fahrzeugkaufs	<input type="text"/>		
Schlüsselnummer für Typ	<input type="text"/>	Tag der ersten Zulassung	<input type="text"/>		

Besondere Tarifierungsmerkmale

Jährliche Fahrleistung	<input type="text"/>	Schadenfreiheitsrabatt Haftpflicht in 2015	<input type="text"/>		
Alter des jüngsten Fahrers	<input type="text"/>	Schadenfreiheitsrabatt Vollkasko in 2015	<input type="text"/>		
Unterbringung in einer Garage	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Hauseigentümer	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Beamter / Öffentlicher Dienst	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Einzelfahrer	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kinder unter 16 Jahren	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Zweitwagen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Derzeitiger Versicherungsschutz

Haftpflicht (EUR)	<input type="text"/>	Insassenunfall (EUR)	<input type="text"/>	Tod	<input type="text"/>	Invalidität	<input type="text"/>
Teilkasko Selbstbeteiligung (EUR)	<input type="text"/>	Derzeitiger Versicherer	<input type="text"/>				
Vollkasko Selbstbeteiligung (EUR)	<input type="text"/>	Versicherungsnummer	<input type="text"/>				

Bemerkungen

Bitte senden Sie den Fragebogen an: P & P Pergande & Pöthe GmbH, Schloßstraße 2-6, 22041 Hamburg

oder senden Sie den Fragebogen per Telefax an: 040 / 68 28 69-50