

# Angebotscoupon für einen KFZ-Versicherungsvergleich

PERSÖNLICHE ANGABEN					
<input type="checkbox"/> Herr	Vor- und Zuname _____				
<input type="checkbox"/> Frau	Straße / Hausnummer _____				
	PLZ / Wohnort _____				
	Telefon _____	E-Mail _____			
	Geburtsdatum _____	Nationalität _____			
FAHRZEUGDATEN					
Herstellerschlüssel-Nr.	Typschlüssel-Nr.	(Kfz-Schein Ziff. 2 und 3 oder Zulassungsbescheinig. Feld 2.1 und 2.2)			
Jährliche Km-Leistung:	PS / kW: _____	Fahrzeugneuwert: _____			
Erstzulassung:	_____	Zulassung auf mich: _____			
Fahrzeugfinanzierung:	<input type="checkbox"/> Eigenfinanziert	<input type="checkbox"/> Leasing	<input type="checkbox"/> Kredit		
Amtliches Kennzeichen:	<input type="checkbox"/> Stadt	<input type="checkbox"/> Landkreis			
BERUFLICHE TÄTIGKEIT					
<input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst	<input type="checkbox"/> Lebenszeitbeamter	<input type="checkbox"/> Landwirt	<input type="checkbox"/> Angestellter*	<input type="checkbox"/> Arbeiter*	<input type="checkbox"/> Rentner/Pensionär*
<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	*Bitte unbedingt auch Branche der (früheren) Tätigkeit angeben:				
<input type="checkbox"/> Selbstständig* als:					
Beruf:					
FAHRZEUGNUTZUNG - Wer fährt mit dem Fahrzeug?					
	Geburtsdatum	Führerscheindatum	Familienstand	Beruf	Geschlecht
(Ehe-)Partner					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
1. Kind					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
2. Kind					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Anderer Fahrer					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
<input type="checkbox"/> Beliebige Personen Geburtsdatum des ältesten Fahrers neben dem Versicherungsnehmer: _____ Geburtsdatum des jüngsten Fahrers neben dem Versicherungsnehmer: _____ Geburtsdatum der jüngsten FahrerIn neben dem Versicherungsnehmer: _____  Nimmt einer dieser Fahrer am Begleiteten Fahren teil? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Hat der jüngste Nutzer weitere Fahrzeuge im Zugriff? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, versichert bei _____					
<b>Wie wird das Fahrzeug genutzt?</b>			<b>Wer ist Halter des Fahrzeugs?</b>		
<input type="checkbox"/> Ausschließlich privat	<input type="checkbox"/> Ausschließlich geschäftlich		<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer		
<input type="checkbox"/> Überwiegend privat	<input type="checkbox"/> überwiegend geschäftlich		<input type="checkbox"/> Partner		
			<input type="checkbox"/> Andere Person / PLZ des Wohnorts: _____		
RABATTFAKTOREN					
Ein- / Zwei- / Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, versichert bei:			
Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Haben Sie Punkte in Flensburg?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
Besitzen Sie eine Jahreskarte für öffentliche Verkehrsmittel? <input type="checkbox"/> Bahncard <input type="checkbox"/> Bahncard Komfort <input type="checkbox"/> Nahverkehr					
NÄCHTLICHER ABSTELLPLATZ					
<input type="checkbox"/> Einzel- / Doppelgarage			<input type="checkbox"/> Carport, Privatgrundstück		
<input type="checkbox"/> Tief- / Sammelgarage			<input type="checkbox"/> öffentlicher Parkplatz / Straße		
VERSICHERUNGSUMFANG					
<b>Kfz-Haftpflicht:</b>		<input type="checkbox"/> 50 Mio. Euro	<input type="checkbox"/> 100 Mio. Euro		
<b>Kaskoversicherung:</b>					
<b>Teilkasko</b>	<input type="checkbox"/> ohne	<input type="checkbox"/> 150 Euro	<input type="checkbox"/> 300 Euro	<input type="checkbox"/> 500 Euro	
<b>Vollkasko</b>	<input type="checkbox"/> ohne	<input type="checkbox"/> 150 Euro	<input type="checkbox"/> 300 Euro	<input type="checkbox"/> 500 Euro	
ZUSATZLEISTUNGEN					
<input type="checkbox"/> Schutzbrief	<input type="checkbox"/> Rabattschutz	<input type="checkbox"/> Auslandsschadenschutz			
<input type="checkbox"/> Verkehrs-Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Werkstattservice ( <b>keine freie Werkstattwahl</b> )				
SF-KLASSE UND VORVERSICHERUNG					
<b>SF Klassen</b>					
Haftpflicht:	Vollkasko:	Beitragssatz %:		Haftpflicht:	Vollkasko:
<b>Gewünschte Zahlweise</b>					
<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich			
Vorschäden in den letzten zwei Jahren: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: _____					
Vorversicherung:			Wer hat den Vorvertrag gekündigt: <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer		