

Angebotsanforderung – Kfz Checkliste



Leisentritt & Söhne®
Finanz - Versicherungsmakler

Gutschein für die Ermittlung der optimalen Kfz – Versicherung.

Telefon + 49 (0) 9524 82082 - 0
Mobil + 49 (0) 171 3136110
Fax + 49 (0) 9524 82082 - 50
Internet www.Leisentritt.com
E-Mail info@Leisentritt.com
D - 97475 Zeil am Main • Sander Str. 18 - 20
IHK- Registrierungsnummer D – VGYR – KMZF - 51

Versicherungsnehmer: _____

Geburtsdatum /
Nationalität: _____ / _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Bankverbindung: _____

iBAN / BIC _____ / _____

Führerscheinklasse: _____

Halter: (Name, Vorname) _____

Straße: _____

Telefon u. Mobil: _____

E - Mail: _____

Beruf: _____

A - Tarif B - Tarif

Wohngebäude: ja nein

ausgehändigt am: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Bisherige Versicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Haftpflicht: SF-Klasse: _____

Versicherungsschein-Nr. _____

Vollkasko: SF-Klasse: _____

Anzahl der Schäden in den letzten 5 Jahren? _____

Fahrzeugdaten und Fahrzeugnutzung

gewünschter Versicherungsbeginn _____

PKW Camping - KFZ KRAD _____

Fahrzeugtyp : _____

Datum der Erstzulassung: _____

Jährliche Kilometerleistung: _____ km

Das Kfz wird nachts geparkt? Garage Tiefgarage
im Wohnhaus

amtl. Kennzeichen: _____

Fahrgestell - Nr. _____

Herstellerschlüssel:

Typschlüssel - Nr.:

Datum des Erwerbs: _____

Kilometerstand Tacho: _____ km

Carport Öff. Parkplatz, öff. Tiefgarage,
Parkplatz, Strasse

Finanzierungsart d. Fahrzeugs: Barkauf Kredit Leasing

Nutzungsart: privat geschäftlich gewerblich

Nutzerkreis des Fahrzeuges: Partnernutzung Name des Ehe-/Lebenspartners: _____

Alleinnutzer beliebig

Name des jüngsten Nutzers: _____ Geb.Datum: _____

Name der jüngsten Nutzerin: _____ Geb.Datum: _____

Wohnen Kinder im Haushalt? Jüngstes Kind - Name u. Geb.Datum: _____ Ältestes Kind - Name u. Geb.Datum: _____

Fahrzeugstärke: _____ kw

Fahrzeugneupreis in Euro:
Neuwert / Zeitwert

Einzigartige Sonderausstattung: Wert in Euro: _____ Worum handelt es sich? _____

Welchen Versicherungsumfang wünschen Sie?

Vollkaskoversicherung

mit 150 Euro SB

mit 300 Euro SB

mit 500 Euro SB

einschließlich Teilkasko

ohne SB

mit 150 Euro SB

Teilkaskoversicherung BA - Nr. _____

ohne SB

mit 150 Euro SB

Ich wünsche keine Kasko

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Ich bin damit einverstanden, dass aufgrund meiner Angaben die optimale Kfz - Versicherung ermittelt wird.

Datum: _____

Unterschrift: _____