

KFZ-Versicherung vergleichen



**Du möchtest einen Tankgutschein?
Dann reich' uns Deine Daten ein!**

Name:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Handy/Telefon:

Anschrift:

Foto / Kopie vom
Fahrzeugschein



Foto / Kopie von
der aktuellen
Beitragsrechnung

Führerscheindatum:

Anzahl Fahrer:

Jährliche Fahrleistung:

Geburtsdatum jüngster Fahrer:

Meine aktuelle Kfz-Versicherung läuft seit (bitte ankreuzen):

- Unter einem Jahr
- 1 – 3 Jahre
- 3 – 5 Jahre
- Über 5 Jahre

Regulierte Schäden in den letzten 3 Jahren?

- Ja, Kfz-Haftpflichtschaden Anzahl ___ Monat/Jahr:
- Ja, Vollkaskoschaden Anzahl ___ Monat/Jahr:
- Nein

Du möchtest keine Kopie einreichen?

Dann bitte wenden!

Bei weiteren Fragen steht
unser Allianz Büro gerne zur
Verfügung:

Lara Gärtner: 0971/7227-340
Ulrike Meusel: 0971/7227-330
rb-mn@allianz.de

Du möchtest einen Tankgutschein?

Dann reich´ uns Deine Daten ein!

Name:

E-Mail:

Geburtsdatum:

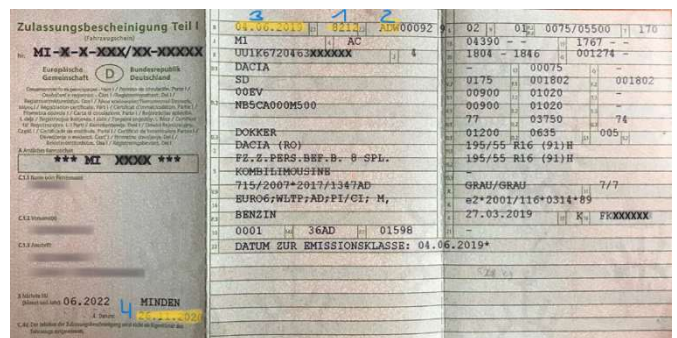
Handy/Telefon:

Anschrift:

Diese Daten findest Du im Fahrzeugschein:

1. Herstellernummer (HSN):
2. Typschlüsselnummer (TSN):
3. Erstzulassung Fahrzeug (EZ):
4. Erstzulassung auf Halter (EZ-H):

Amtliches Kennzeichen:



Diese Daten findest Du in der aktuellen Beitragsrechnung:

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollkasko und Teilkasko | Selbstbeteiligung Vollkasko: |
| <input type="checkbox"/> Teilkasko | Selbstbeteiligung Teilkasko: |
| <input type="checkbox"/> nur Haftpflicht | |

Schadenfreiheitsklasse Kfz-Haftpflichtversicherung:

Schadenfreiheitsklasse Vollkasko (falls vorhanden):

Versicherungsgesellschaft:

Ablaufdatum:

Bisheriger Beitrag:

Führerscheindatum:

Anzahl Fahrer:

Jährliche Fahrleistung:

Geburtsdatum jüngster Fahrer:

Meine aktuelle Kfz-Versicherung läuft seit (bitte ankreuzen):

- Unter einem Jahr
- 1 – 3 Jahre
- 3 – 5 Jahre
- Über 5 Jahre

Regulierte Schäden in den letzten 3 Jahren?

- | | | | |
|---|--------|-----|-------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, Kfz-Haftpflichtschaden | Anzahl | ___ | Monat/Jahr: |
| <input type="checkbox"/> Ja, Vollkaskoschaden | Anzahl | ___ | Monat/Jahr: |
| <input type="checkbox"/> Nein | | | |