



Bitte faxen an 02351 / 14 05 93

Versicherungsnehmer: _____

Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Fahrzeug-Typ: _____ Kennzeichen: _____

Fahrzeug-Schlüsselnummern zu 2: _____ zu 3: _____

Teilkasko mit SB €: _____

Teilkasko ohne SB

Keine Kaskoversicherung

Der Kunde möchte angerufen werden

Der Kunde fährt in folgende Filiale: _____

Stempel und Unterschrift der Agentur

Tel.-Nr. der Agentur