

KFZ-Versicherung

Für ihr Fahrzeug haben sie sich für den ausgezeichneten Schutz der Provinzial entschieden. Vielen Dank für ihr Vertrauen. Gerne sind wir persönlich für sie da und finden das beste Versicherungsprodukt für sie.

Versicherungsnehmer

Vor- und Nachname	Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer
Telefonnummer mobil	Email	

Wie können wir sie erreichen?

☐ WhatsApp
 ☐ Telefonisch
 ☐ per Email

Angaben zum Beruf

☐ Öffentl. Dienst
 ☐ FDT
 ☐ Angestellt
 ☐ Produktion
 ☐ Gastronomie
☐ Handel
 ☐ Landwirtschaft
 ☐ Ltd. Angestellter

Angaben zu Mitgliedschaften

☐ VWNRW e.V.
 ☐ IFE
 ☐ Freiwillige Feuerwehr (aktiv)

Angaben zu Gebäudeeigentum

☐ Ja, bei der Provinzial versichert
 ☐ Ja, allerdings fremdversichert
 ☐ Nein, kein Gebäudeeigentum

Abweichender Halter

☐ Nein
 ☐ Ja. Wenn ja:

Vor- und Nachname	Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-------------------	-----------------------	----------------------

Ihr neues Auto

HSN	TSN	Erstzulassungsdatum	Zulassungsdatum	Aktueller Kilometerstand
Fahrleistung pro Jahr				

Handelt es sich um ein **neues und zusätzliches Fahrzeug** oder um einen **Fahrzeugwechsel**?

☐ Neues Auto
 ☐ Fahrzeugwechsel

Sie wollen ihr Auto versichern. Doch wie sieht es eigentlich mit ihrem Unfallschutz aus?

☐ 24/7 Unfallversicherung liegt vor
 ☐ Fahrerschutz gewünscht
 ☐ Insassenschutz gewünscht
☐ Beratungstermin gewünscht

Bitte wenden!

Unser Service

Dieses Formular steht Ihnen auch online zur Verfügung. Bequem am Smartphone, Tablet oder PC ausfüllen und direkt an uns senden.



Ihre KFZ-Versicherung

*Ohne die Angaben ihrer SF-jahre können wir kein Angebot rechnen. Siehe aktuelle Beitragsrechnung. Nachweis erforderlich.

Haftpflicht

- ☐ Pluspaket
- ☐ Rabattschutz
- ☐ Schutzbrief (Pannenhilfe)

Schadenfreiheitsklasse*

Teilkasko (TK)

Selbstbeteiligung

- ☐ TK ohne
- ☐ TK 300
- ☐ TK 150
- ☐ TK 500

Vollkasko (VK)

- ☐ Vollkasko
- ☐ Pluspaket
- ☐ Rabattschutz

Schadenfreiheitsklasse*

Selbstbeteiligung

- ☐ VK ohne
- ☐ VK 300
- ☐ VK 150
- ☐ VK 500

Wer fährt das Auto regelmäßig?

Versicherungsnehmer

Vor- und Nachname Geburtsdatum Führerscheindatum BF17 ☐ Ja ☐ nein

Ehe-/Lebenspartner

Vor- und Nachname Geburtsdatum Führerscheindatum BF17 ☐ Ja ☐ nein

Jüngstes Kind

Vor- und Nachname Geburtsdatum Führerscheindatum BF17 ☐ Ja ☐ nein

Weitere Fahrer

Sonstige Fahrer unter 23

☐ Ja ☐ nein

Sonstige Fahrer ab 23 bis 74

☐ Ja ☐ nein

Sonstige Fahrer ab 74

☐ Ja ☐ nein

Zahlweise

- ☐ SEPA-Lastschriftmandat
- ☐ Überweisung / Rechnung
- ☐ Monatlich (nur SEPA)
- ☐ Halbjährlich
- ☐ Vierteljährlich
- ☐ Jährlich

Beitragszahler

Vor- und Nachname IBAN
Name der Bank

Ihre Nachricht / Anmerkungen

Unser Service

Dieses Formular steht Ihnen auch online zur Verfügung.
Bequem am Smartphone, Tablet oder PC ausfüllen und direkt an uns senden.

