

## Kontaktdaten

Name der Firma	
Anschrift	
Ansprechpartner	
Telefon	
E-Mail	

## Allgemeine Informationen

Gründungsjahr	
Verbandsmitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Ja, im _____ <input type="checkbox"/> Nein
Güterverkehr	<input type="checkbox"/> Ja, mit durchschnittlich _____ km pro Jahr/LKW/Zugmaschinen
Werkverkehr	<input type="checkbox"/> Ja, mit durchschnittlich _____ km pro Jahr/Fahrzeug

## Angaben zum Fuhrpark und des Versicherungsumfangs

	Anzahl	davon mit Vollkasko	davon nur Teilkasko	davon nur Haftpflicht
LKW				
Zugmaschinen				
PKW				
Sonstige (z. B. Anhänger)				

Entwicklung Fahrzeugbestand ☐ konstant ☐ heute mehr Fahrzeuge als früher ☐ heute weniger Fahrzeuge als früher

## Versicherungsrelevante Fragen

Selbstbeteiligung	Vollkasko (VK): _____ € Teilkasko (TK): _____ €
Bisheriger Versicherer	_____ seit _____ Jahren, zuvor: _____
Sind oder waren Teile Ihrer Fahrzeuge gleichzeitig bei verschiedenen Versicherern versichert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei folgenden Versicherern: _____
Bisherige Betreuung erfolgt durch	<input type="checkbox"/> Makler <input type="checkbox"/> Vertreter <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Sonstige
Ihre Verkehre	<input type="checkbox"/> reiner Deutschlandverkehr <input type="checkbox"/> Baustellenverkehr <input type="checkbox"/> Westeuropa <input type="checkbox"/> Schwerlastverkehr <input type="checkbox"/> Südeuropa <input type="checkbox"/> Gefahrgutverkehr <input type="checkbox"/> Osteuropa/GUS <input type="checkbox"/> KEP-Verkehre
Werden bisher folgende Zusagen gewährt?	<input type="checkbox"/> monatliche Zahlweise der Beiträge ohne Zuschlag <input type="checkbox"/> Gewinnbeteiligung bei gutem Schadensverlauf
Art der Ladung	<input type="checkbox"/> Stückgut <input type="checkbox"/> Sand/Kies/Schutt <input type="checkbox"/> Treibstoff <input type="checkbox"/> Chemikalien <input type="checkbox"/> Kühlgut <input type="checkbox"/> gefährliche Stoffe <input type="checkbox"/> flüssige Lebensmittel <input type="checkbox"/> Teilladungen <input type="checkbox"/> Komplettladungen
Sind bisher schon folgende Deckungserweiterungen versichert?	<input type="checkbox"/> GAP (Forderungs-Differenzdeckung) <input type="checkbox"/> Innere Betriebsschäden <input type="checkbox"/> Brems-, Betriebs- und Bruchschäden <input type="checkbox"/> Eigen-Kollisionsschäden <input type="checkbox"/> Vermischungsschäden mitversichert <input type="checkbox"/> Güterfolgeschäden
Sind Arbeitsmaschinen vorhanden? (z. B. Mitnahmestapler, Ladekräne, Gabelstapler auf Betriebshof)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, es handelt sich um folgende: _____

## Ihre Wünsche - Anmerkungen

---



---



---



Datum

Unterschrift / Bei elektronischer Übermittlung genügt der Name