

Rückfax: 0375 28 92 935

**Kfz-Versicherung**

Thermann  
& Partner  
Versicherungs-  
und Finanzmakler

**Deckungsaufgabe für Bestattungsfahrzeuge**

VHV Agentur-Nr. 053102-000

**Risikoträger** **VHV Allgemeine Versicherung AG**  
Constantinstraße 40, 30177 Hannover

**Versicherungsnehmer**  
Firma  Herr  Frau  \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon / Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Versicherungsbeginn:** \_\_\_\_\_ **Ablauf:** 01.01.2013

**Bestattungsfahrzeug WKZ 709**  
**(Bitte Kopie Fahrzeugschein oder Zulassungsbescheinigung Teil II beifügen!)**

Hersteller \_\_\_\_\_ Typ \_\_\_\_\_  
Hersteller-Schlüssel-Nr. (HSN) /  
Typ-Schlüssel-Nr. (TSN) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Kennzeichen \_\_\_\_\_  
Fahrzeug-Ident-Nr. \_\_\_\_\_ Tag der Erstzulassung \_\_\_\_\_  
Fahrzeugwert bei Antragstellung \_\_\_\_\_ (Euro) Stärke (kW) \_\_\_\_\_

**Deckungsumfang**  **Haftpflichtversicherung**  
(Deckungssumme 100 Mio. Euro pausch., 12 Mio. Euro je geschädigte Person)  
Jahresbeitrag **214,08 Euro**  
(inkl. 19% Vers.steuer)  
 **Vollkaskoversicherung**  
(Höchstenschadigungsleistung 250.000 Euro)  
(Vollkaskoversicherung mit 300 Euro Selbstbeteiligung /  
Teilkaskoversicherung mit 150 Euro Selbstbeteiligung)  
Jahresbeitrag **296,75 Euro**  
(inkl. 19% Vers.steuer)  
Gesamtjahresbeitrag (inkl. 19% Vers.steuer) \_\_\_\_\_ Euro

**Zahlweise:**  jährlich  halbjährlich (3% Zuschlag)  vierteljährlich (5% Zuschlag)

**Lastschriftvereinbarung:** Hiermit ermächtige/n ich/wir den Versicherer, VHV Allgemeine Versicherung AG, widerruflich die Versicherungsbeiträge zu dieser Versicherung von meinem/unserem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Kontoführendes Institut \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber, wenn nicht Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

**Vorversicherung** Gesellschaft: \_\_\_\_\_  
Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_  
SF-Klasse Haftpflicht: \_\_\_\_\_ %: \_\_\_\_\_  
SF-Klasse Kasko: \_\_\_\_\_ %: \_\_\_\_\_

**Versicherungsbestätigung und Unterschriften:**

Deckung:  Kasko  Haftpflicht erteilt am: \_\_\_\_\_ Uhr: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift VN \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Makler \_\_\_\_\_  
 bitte ankreuzen