

Rösrather Straße 552 • 51107 Köln • Telefon (0221) 86 69 09 oder 86 52 11 • Fax (0221) 86 71 65 • Email: TBVersicherungen@aol.com

Zurück per Fax an (0221) 867165
 Bitte füllen Sie das Formular so vollständig wie möglich aus.

Interessant (ohne diese Angaben kann Ihre Anfrage nicht bearbeitet werden!)		Sind Sie bereits Kunde bei uns? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Genau Firmierung gemäß Handelsregister, Handwerkerrolle oder Gewerbeschein			
Anschrift (PLZ, Ort, Straße):			
Ansprechpartner:		Telefon:	
		E-Mail	
Anzahl der Mitarbeiter:		Anzahl der Inhaber/Geschäftsführer:	Betriebsgründung:

Genau Betriebsbeschreibung:

Deckungsumfang			
Eigene Waren	Art der beförderten Güter		
	Versicherungssumme in EUR	Anzahl der Fahrzeuge	Höchstladungswert je Fahrzeug

Fremde Waren im Auftrag Dritter gegen Entgelt (z. B. Kurierdienst)	<input type="checkbox"/> Massengut (z.B.Sand, Kies)	<input type="checkbox"/> Umzugsgut / Neumöbel	<input type="checkbox"/> Tank- und Silo-Fahrzeuge
	<input type="checkbox"/> Kühlgut	<input type="checkbox"/> Speditions-Stückgut	<input type="checkbox"/> _____
	Güter aller Art (Beschreibung)		
	Anzahl der Fahrzeuge	Anzahl fremder Anhänger und Auflieger	Anzahl fremder Container
	Zulässiges Gesamtgewicht je Fahrzeug		Höchstladungswert je Fahrzeug

SZR (Sonderziehungsrechte): 8,33 SZR (gemäß HGB) ____ SZR (mind. 2, max. 40)

Geltungsbereich <input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> EU-Länder	Anderer Geltungsbereich: (Bitte alle Länder angeben)
---	---

Versicherungsbeginn: ____ . ____ . 20 ____ **Zahlweise:** mtl. ¼ j. ½ j. jährlich mit Lastschriftinzug

Vorschäden in den letzten 5 Jahren: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,	folgende:
--	-----------

Ihr bisheriger Versicherungsschutz besteht bei der _____ Versicherung nach Tarif: _____
 Versicherungsnummer: _____ Dort versichert seit ____ . ____ . ____
 Versicherungssumme: _____ Selbstbeteiligung: _____ EUR
 Wurde Ihnen von Ihrer Gesellschaft gekündigt? Nein Ja, wegen _____
 Ihre aktuelle Prämie dort beträgt: _____ EUR mtl. ¼ j. ½ j. jährlich mit Lastschriftinzug gegen Rechnung

Die von Ihnen hier gemachten Angaben dienen ausschließlich zur Ermittlung eines Versicherungsangebots. Der Datenschutz wird ausdrücklich garantiert!
 © Versicherungsbüro BEYER 2011 „All rights reserved“ gemäß §§ 53, 54 UrhG