



KNOGLINGER UND PARTNER GMBH

Versicherungsmakler und Unternehmensberater - Management für medizinische Berufe

A - 4020 Linz, Europaplatz 4 Tel (0 732) 60 80 49-0 Fax (0 732) 60 80 49-18

office@knooglinger.at

X

Versicherer: _____ Vermittlernummer: _____
Ersetzt Pol.: _____ VB - Nummer: _____

ANTRAGSTELLER:

Name / Firma: _____ Geb.Dat./Firmenbuchnr. _____
Plz: _____ Ort: _____
Strasse: _____
Beruf / Branche: _____ Familienstand: _____
Selbständig: _____ **TELEFONNUMMER** _____
Staatsbürger: _____ **Em@il Adresse:** _____

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSDATEN:

Vertragsbeginn: _____ Vertragsende: _____ Vertragsdauer / Jahr(e) _____
Hauptfälligkeit: _____ Wurde dem Antragsteller bereits eine Kfz - Versicherung gekündigt, abgelehnt
oder einvernehmlich gelöst? _____
Bei welchem Versicherer: _____ Anlass: _____

FAHRZEUGDATEN (inkl. WKZ):

	Behördl. Kennzeichen	Art, Marke, Type	Baujahr	Plätze			
1.	_____	_____	_____	_____			
2.	_____	_____	_____	_____			
3.	_____	_____	_____	_____			
	Fahrgestellnummer	kw	PS	ccm	Nutzlast	Gesamtgewicht	Verwendung d. Fzg.
1.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

BONUS MALUS DATEN:

War der Antragsteller bereits Versicherungsnehmer für einen PKW / Kombi? _____
(Vor-) Versicherer: _____ Pol. Nummer: _____ BM - Stufe: _____
Behördl. Kennz.: _____ Vertragsbeginn: _____ Storno: _____ HF: _____

HAFTPFLICHT - VERSICHERUNG:

Variante (A ohne B mit Leihwagenanspruch) _____ Pauschalversicherungssumme: _____ Mio.
Motorbezogene Versicherungssteuer (nach Zahlweise) €: _____
Jahresbruttoprämie €: _____

KASKO - VERSICHERUNG:

Teil- oder Vollkasko _____ mit oder ohne Kleingläser: _____ SBH: _____
 Variante / Tarifbezeichnung: _____
 Selbstbehaltregelung: _____
 Listenpreis inkl. Mwst. €: _____ Sonderausstattung inkl Mwst. €: _____
 Art der Sonderausstattung: _____
 Ersatz der Mehrwertsteuer: _____ Soll eine Vinkulierung erfolgen? _____
 Vinkulierung zu wessen Gunsten - Bank: _____ Geschäftszahl: _____
 Adresse des Bankinstitutes: _____
 Jahresbruttoprämie €: _____

RECHTSSCHUTZ:

Tarifbezeichnung / Variante: _____
 Versicherungssumme in €: _____ mit oder ohne Selbstbehalt: _____
 Jahresbruttoprämie €: _____

GESAMT - JAHRESBRUTTOPRÄMIE in €: 0,00

ZAHLUNGSWEISE:

Zahlungsart (Jährlich, halbjährlich, vierteljährlich, monatlich): _____
 Erlagschein oder Abbuchungsauftrag: _____

EINZUGSERMACHTIGUNG:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

Bankinstitut: _____
 Bankleitzahl: _____
 Konto - Nummer: _____
 Kontoinhaber: _____ Unterschrift des Kontoinhabers

Der Versicherungsnehmer bestätigt durch eigenhändige Unterschrift, dass die vorstehenden Punkte wahrheitsgemäß beantwortet wurden und nimmt zur Kenntnis, dass unwahre Angaben gemäß den Allg. Versicherungsbedingungen den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Der Antragssteller ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person die Niederschrift vorgenommen hat. Der Antragssteller bleibt 6 Wochen an den Antrag gebunden. Er stimmt ausdrücklich zu, daß der Versicherer die obigen Daten an andere Versicherungsunternehmen und Gemeinschaftseinrichtungen der Versicherungsunternehmen übermitteln darf.

Datum: _____
 Ort: _____ Unterschrift / Vermittler Unterschrift / Versicherungsnehmer