

Auftrag per FAX an 0800-58 64 822

Daten des Versicherungsnehmers:

Name des VN: _____

Telefonnummer: _____

wann erreichbar: immer oder nur von _____ bis _____ Uhr

Standort des KfZ: PLZ _____ Ort _____

Kennzeichen: _____ - _____ Marke _____

Typ/Modell: _____

HSN/TSN: _____ / _____

Versicherungsnr.: _____

SB-Anteil: _____ oder keine SB:

vorsteuerabzugsberechtigt:

.....
Daten des Geschäftspartners:

Name des Sachbearbeiters: _____

Adresse: _____

telefonische Durchwahl für Rückfragen: _____

Datum _____ Unterschrift _____