

Fuhrparkliste | Kfz-Versicherung für ambulante Pflegedienste

Beginn: 01.01. ____

Fahrzeugdaten									Gewünschter Deckungsumfang					Beitrag	Vorversicherung	
Nr.	Kennzeichen	Art / WKZ	HSN	TSN	KW	Zul. Gewicht	Erstzulassung	Ident-Nr.	KH	SF-Klasse	Vollkasko SB	Teilkasko SB	SF-Klasse	(jährlich)	VSNR.	Gesellschaft
1.									x							
2.									x							
3.									x							
4.									x							
5.									x							
6.									x							
7.									x							
8.									x							
9.									x							
10.									x							
Gewünschte Zahlungsweise:									Zusätzliche Einschlüsse:					Gesamt:	EUR	
<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich (per Lastschrift) <input type="checkbox"/> per Rechnung									<input type="checkbox"/> GAP-Deckung für Leasingfahrzeuge <input type="checkbox"/> Schutzbrief <input type="checkbox"/> Sonderausstattung <input type="checkbox"/> Fahrzeugbeschriftung						<input type="checkbox"/> Brutto (inkl. 19 % Vers.-Steuer) <input type="checkbox"/> Netto (zzgl. 19 % Vers.-Steuer)	
Konto-Nr.: BLZ:																
Geldinstitut / Ort:																
Kontoinhaber:																

Zusätzlich benötigte Unterlagen:

- Kopie des Fahrzeugscheins (jedes Kfz)
- Schadenverlauf der letzten 3 Jahre (entfällt bei Existenzgründung)
- Letzte Beitragsrechnung

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift des Kunden

