



Hessische Verkehrs-Assekuranz
Am Margretenberg 40
36100 Petersberg
■ ■ ■
Telefon +49 661 96 250-790
Telefax +49 661 96 250-799
■ ■ ■
E-Mail info@hva24.de
Internet www.hva24.de

Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____ Handy: _____

PLZ / Ort: _____ E-Mail: _____

Selbstauskunft zur Berechnung der PKW Versicherungsprämie

WICHTIG: füllen Sie bitte das Formular komplett aus, sonst ist keine oder fehlerhafte Berechnung möglich !

Kennzeichen: _____ Kfz-Hersteller; -Typ: _____

Leistung: _____ KW (2.1) Hersteller-Nr.: _____ (2.2) Typschlüssel-Nr.: _____

Erstzulassung: _____ zugelassen auf Halter - Datum: _____

Jährliche KM-Leistung: _____ Tachostand des Fahrzeug: _____

Nutzung ausschließlich durch: Vers.-nehmer _____ Ehe/Partner _____ Sohn _____ Tochter _____ Sonstige _____

Vers.-nehmer: _____ Geb.-Datum: _____ Führerschein-Datum: _____ Punkte Flensburg: _____

Ehe-/Partner: _____ Geb.-Datum: _____ Führerschein-Datum: _____ Punkte Flensburg: _____

Sohn _____ / Tochter _____ Geb.-Datum: _____ Führerschein-Datum: _____ Punkte Flensburg: _____

Sohn _____ / Tochter _____ Geb.-Datum: _____ Führerschein-Datum: _____ Punkte Flensburg: _____

Fahrzeugnutzung: privat _____ gewerblich _____ privat & gewerbliche Nutzung: _____

Berufsgruppe - Ich bin: Landwirt: _____ Berufsbeamter/-Richter: _____ im öffentlichen Dienst: _____

Überwiegender Abstellplatz: Einzelgarage: _____ Sammelgarage: _____ Carport: _____ im Freien: _____

Wohneigentum: Nein: _____ falls ja - Einfamilien: _____ Mehrfamilien: _____ Eigentumswohnung: _____

Abweichender Halter: Keinen _____ falls ja – welchen: Ehe-/Partner: _____ Firma: _____ Sonstige: _____

Anschrift des abweich. Halter: _____

Deckungsumfang: Kfz-Haftpflicht – Pauschal 100 Mio. Euro * **GAP-Deckung:** Ja: _____ Nein: _____

Vollkasko: _____ Teilkasko: _____ Schutzbrief: _____ Fahrerschutzbrief: _____

Selbstbeteiligung (SB): SB – Vollkasko: _____ € SB – Teilkasko: _____ €

Bisherige SF – Klasse / %: Kfz-Haftpflicht: _____ / _____ % Kfz-Vollkasko: _____ / _____ %

Versicherer & Policen-Nr.: _____ **ggf. aktuelle Police mit zusenden!**

* Die **GAP Deckung** ersetzt im Schadenfall z. B. bei Diebstahl oder bei einem wirtschaftlichen Totalschaden die Differenz zwischen den Wiederbeschaffungswert und den Ablöswert der Leasinggesellschaft.

Datum / Stempel / Unterschrift: