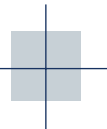


# Erfassungsbogen Versicherungskennzeichen

Kontakt Sachversicherung Produktberatung:  
Tel.: 089/15 88 15-281 Fax: 089/15 88 35-281  
E-Mail: sach@fondsfinz.de

# FONDSFINANZ

MAKLER SERVICE



## VERMITTLER HINWEIS

Hinweis zur Beantragung:

- der Antrag wird online gestellt
- Fahrerkreis ist offen (keine Altersbeschränkung)
- das Kennzeichen wird innerhalb 48 Stunden an den Kunden geschickt
- die Zahlung ist nur per Lastschrift möglich
- Versicherungsnehmer muss auch Kontoinhaber sein

## VERMITTLERDATEN

Familienname\* / Vorname\*

MAK-Nummer\*

Telefon\*

E-Mail-Adresse

## RISIKODATEN (FAHRZEUGDATEN)

Der Versicherungsnehmer ist bereits BGV-Kunde?

ja, *Es werden nur noch folgende Angaben benötigt:*

nein *Bitte füllen Sie noch den restlichen Bogen aus.*

Kennzeichen

VSNR

Fahrzeugart:

Mofa  Roller  Moped  Mokick  Krankenfahrrad

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Geschwindigkeit:

25 km/h  40 km/h  50 km/h  60 km/h  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Vertragsbeginn\*: \_\_\_\_\_

Beitrag\*: \_\_\_\_\_ Zahlungsweise: \_\_\_\_\_ jährlich

Hersteller\*: \_\_\_\_\_

HSN: (falls vorhanden) \_\_\_\_\_

Fahrzeug-Identnummer\*: \_\_\_\_\_

## VERSICHERUNGSSCHUTZ

Haftpflicht Deckungssumme EUR 100 Mio. pauschal

Teilkasko mit EUR 150,- Selbstbehalt

Teilkasko ohne Selbstbehalt

## VERSICHERUNGSNEHMER

Herr  Frau

Familienname\* / Vorname\*

Geburtsdatum\*

Straße\* / Hausnummer\*

PLZ\* / Ort\*

Beruf\*

öffentlicher Dienst *(gilt nur für die Region Baden = PLZ 75XXX bis PLZ 79XXX)*

## ERKLÄRUNG

Fahrzeugnutzung: Hiermit versichere ich, dass das Fahrzeug ausschließlich zu privaten Zwecken genutzt wird. (Vorsätzlich bzw. fahrlässig gemachte Falschangaben berechtigen das Versicherungsunternehmen je nach Verschuldungsgrad (Fahrlässig bzw. Vorsatz) vom Vertrag zurückzutreten, diesen anzufechten oder den Vertrag zu kündigen. Bei einer Anfechtung des Vertrages ist das Versicherungsunternehmen leistungsfrei (s. Verbraucherinformation)).

Es wird bestätigt, dass der Makler dem Kunden alle vertragsrelevanten Daten vor Beantragung ausgehändigt hat.

Der Makler bestätigt mit seiner Unterschrift zudem, dass im Verhältnis zum Kunden ein gültiger Maklerauftrag besteht und dass er zum Abschluss dieses Vertrages durch den Kunden schriftlich bevollmächtigt ist.

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler\*

# SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen



## Zahlungsempfänger

BGV-Versicherung AG  
Durlacher Allee 56  
76131 Karlsruhe

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE76BAG00000122858**

Mandatsreferenznummer: **BGV** \_\_\_\_\_ (wird von der BGV-Versicherung AG ausgefüllt)

Partnernummer des Kontoinhabers: **P** \_\_\_\_\_ (sofern bekannt)

## Kontoinhaber

(bitte vollständigen Namen angeben)

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

## Kontoverbindung

IBAN

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Kreditinstitutes

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die BGV-Versicherung AG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BGV-Versicherung AG auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Diese Ermächtigung gilt für alle bestehenden und zukünftigen Verträge mit Versicherungsunternehmen des BGV-Konzerns, bei denen ich/ wir einen Lastschrifteinzug vom oben genannten Konto wünsche/ wünschen.

Der SEPA-Basislastschrifteinzug wird mir/ uns spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

**Hinweis:** Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

**Bitte beachten:** Diese Nachricht wird maschinell verarbeitet. Für weitere Mitteilungen bitten wir um gesonderte Nachricht.