

Antwort

WENZ Gesellschaft für  
Versicherungsmanagement mbH  
Freiburger Str. 7

75179 Pforzheim

Per Fax an: 07231 4284 299 / Per E-Mail: info@wvm-gmbh.de

**Datenerfassung für ein Angebot einer Kfz-Versicherung**



Gesellschaft für Versicherungsmanagement mbH

<b>Angaben zum Versicherungsnehmer:</b>
Name, Vorname:
Anschrift, PLZ, Ort:
Ihre Telefon-Nr:
Geburtsdatum:
Ausstellungsdatum Führerschein
Berufliche Tätigkeit:

<b>Kinder im Haushalt:</b>
<input type="checkbox"/> Name, Geb.-Datum:
_____
_____

<b>Wohneigentum:</b>
<input type="checkbox"/> Selbstgenutztes Einfamilienhaus
<input type="checkbox"/> Selbstgenutztes Doppel-/Reihenhaus
<input type="checkbox"/> Selbstgenutzte Eigentumswohnung
<input type="checkbox"/> Kein selbstgenutztes Wohneigentum

<b>Fahrzeugnutzung:</b>
<input type="checkbox"/> Freizeit und Weg zur Arbeit
<input type="checkbox"/> Vorwiegend gewerblich
<input type="checkbox"/>

<b>Fahrzeugnutzer (Privatkunden):</b>
<input type="checkbox"/> Ausschließlich VN
<input type="checkbox"/> VN und Partner
Name, Vorname, Geb.-Datum, Ausstellungsdatum Führerschein:
_____
<input type="checkbox"/> VN und andere Nutzer
Name, Vorname, Geb.-Datum, Ausstellungsdatum Führerschein:
_____

<b>Aktueller Versicherer:</b>
Schadensfreiheitsrabatt (SFR):
Beitragssatz (%):
Gesellschaft und Vertragsnummer: _____
Zahlweise: 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/>

<b>Angaben zum PKW:</b>
Amtl. Kennzeichen:
Tag der Zulassung auf den Versicherungsnehmer:
Tag der ersten Zulassung:
Aktueller km-Stand:
Jährliche Fahrleistung:
Schlüssel-Nr. Hersteller/Typ:

<b>Fahrzeugnutzer (Gewerbekunden):</b>
<input type="checkbox"/> Ein ausschließlicher Nutzer (mind. 25 Jahre). Name, Vorname: _____
<input type="checkbox"/> Ausschließlich Nutzer ab 25 Jahre
<input type="checkbox"/> Auch Personen unter 25 Jahre

<b>Halter des Fahrzeuges:</b>
<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer (VN)
<input type="checkbox"/> In häuslicher Gemeinschaft lebender (Ehe-) Partner
<input type="checkbox"/> Behindertes Kind/behinderter Elternteil des VN
<input type="checkbox"/> Firma oder Firmeninhaber
<input type="checkbox"/> Sonstiger

<b>Finanzierung des Fahrzeugs:</b>
<input type="checkbox"/> Eigenfinanziert
<input type="checkbox"/> Leasing
<input type="checkbox"/> Kredit

<b>Abstellort nachts:</b>
<input type="checkbox"/> Einzel-/Doppelgarage
<input type="checkbox"/> Tief-/Sammelgarage
<input type="checkbox"/> Parkplatz
<input type="checkbox"/> Carport auf dem eigenen Grundstück
<input type="checkbox"/> Straße
<input type="checkbox"/> Grundstück

<b>Versicherungsumfang:</b>
<input type="checkbox"/> Nur Haftpflicht
<input type="checkbox"/> Teilkasko SB _____
<input type="checkbox"/> Teilkasko SB _____ + Vollkasko SB € _____

<b>Insassenunfall:</b>
<input type="checkbox"/> Tod € _____
<input type="checkbox"/> Invalidität € _____

ADAC-Mitgliedschaft: ja \_\_\_ nein \_\_\_