

Ich interessiere mich für die Kollektiv-Lösungen und wünsche eine unverbindliche Offerte für:

Personenwagen Lieferwagen/Kleinbus Motorrad Boot

Ich habe bereits eine Fahrzeugversicherung bei: _____
Policen Nr.: _____ Ablaufdatum: _____

Gewünschter Versicherungsbeginn beim VZ per: _____

Persönliche Daten

Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum: _____
Name: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Hausnummer: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Land: _____	Nationalität(en): _____
E-Mail: _____	Telefon: _____

Weitere Angaben

Garage vorhanden: ja nein

Verwendung: privat geschäftlich

Gefahrene km/Jahr: _____

Hatten Sie während den letzten 5 Jahren Schadenfälle? ja nein

Wenn ja, welche? Wann? _____

Wurde Ihnen in den letzten 5 Jahren Ihr Führerausweis entzogen? ja nein

Wenn ja, wann, wie lange und aus welchem Grund? _____

Fahrzeug

	Fahrzeug 1	Fahrzeug 2 (falls Wechselschild)
Kontrollschild:	_____	_____
Marke, Typ:	_____	_____
Typenschein Nr./1. Inverkehrsetzung:	_____ / _____	_____ / _____
Stammnummer:	_____	_____
Chassisnummer:	_____	_____
Katalogpreis/Zubehör:	_____ / _____	_____ / _____
Leasing:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Angaben zum häufigsten Lenker

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Führerausweis seit: _____

Nationalität: _____ Aufenthaltsbewilligung: _____

In der Schweiz seit: _____

Das Fahrzeug wird nur von über 25-jährigen Lenkern gefahren: ja nein

Gewünschter Versicherungsschutz

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haftpflicht | <input type="checkbox"/> Insassen-Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> Reiseeffekte CHF 2'000 | <input type="checkbox"/> Parkschaden unbegrenzt |
| <input type="checkbox"/> Vollkasko | <input type="checkbox"/> Bonusschutz | <input type="checkbox"/> Pannendienst | <input type="checkbox"/> Parkschaden begrenzt (bis CHF 1'000) |
| <input type="checkbox"/> Teilkasko | <input type="checkbox"/> Grobfahrlässigkeits-Verzicht | | |

▶ Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und schicken Sie es uns mit einer Kopie Ihrer aktuellen Versicherungspolice(n) und der aktuellen Prämienrechnung(en):

VZ VersicherungsZentrum AG

Gotthardstrasse 6

8002 Zürich

Telefon: +41 (0)44 207 20 20

E-Mail: versicherung@vzch.com

Datum: _____

