

Zurücksetzen

Drucken

Name, Vorname	
PLZ, Ort, Strasse	
Telefon	
Fax	

### SFR-Übertragung bei Betriebsübernahme (Kraftfahrtversicherung)

lfd. Nr.	amtl. Kennz.	Fahrzeugart	Vorversicherer	Versicherungsschein-Nr.

#### I. Erklärung der/der bisherigen SFR-Berechtigten

Ich gebe meine Anspruch auf Berücksichtigung des bisherigen Schadenverlaufs der oben genannten, dem Betrieb zugehörigen Fahrzeuge mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ auf.

Art des Betriebes/Unternehmens \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### II. Erklärung der Versicherungsnehmerin / des Versicherungsnehmers

Ich erkläre, dass durch die Betriebsübernahme die jeweiligen Wagnisse nicht verändert werden.

Art des Betriebes/Unternehmens \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift