

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers



Vers.-Schein-Nr.

Wir bitten, diese Erklärung ausgefüllt zurückzusenden an

Betrifft

**Kraftfahrtversicherung, SFR-Übertragung auf einen anderen Versicherungsnehmer (VN) gemäß der Tarifbestimmung für die Kraftfahrtversicherung (TB) Nr. 28**

Bisher SFR-Berechtigter (Dritter) **1a**

Name und Anschrift		Geburtsdatum
Art des Fahrzeugs	Verwendungszweck	Stärke
Hersteller	Fahrzeug-Identifizierungsnummer (Fahrgestell-Nr.)	Amtliches Kennzeichen
Versicherer/Geschäftsstelle		Versicherungsschein-Nummer

Versicherungsnehmer (VN) – Name und Anschrift siehe oben –

Art des Fahrzeugs	Verwendungszweck	Stärke
Hersteller	Fahrzeug-Identifizierungsnummer (Fahrgestell-Nr.)	Amtliches Kennzeichen
Versicherer		Versicherungsschein-Nummer

Es wird beantragt, den Schadenfreiheitsrabatt aus dem Vertrag des bisher SFR-Berechtigten (Dritter) auf den Vertrag des Versicherungsnehmers zu übertragen.

**a) Verzichtserklärung des bisher SFR-Berechtigten (Dritter)**

Ich gebe meinen Anspruch auf Berücksichtigung des bisherigen Schadenverlaufs meines obigen Vertrags zugunsten des Versicherungsnehmers mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ auf. **2**

Dritter ist am \_\_\_\_\_ verstorben **3**

\_\_\_\_\_  
Datum (Unterschrift des Dritten) **4**

**b) Erklärungen des Versicherungsnehmers und des bisher SFR-Berechtigten (Dritter)**

Versicherungsnehmer und Dritter sind Ehegatten seit \_\_\_\_\_ **5**

Hiermit wird erklärt, daß der Versicherungsnehmer in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ das Fahrzeug (auch Vorfahrzeuge) des Dritten nicht nur gelegentlich gefahren hat (**bitte Führerscheinkopie beifügen**), und zwar **6**

regelmäßig  mit folgenden Unterbrechungen \_\_\_\_\_

Die SFR-Übertragung resultiert aus einem der folgenden Umstände: **7**

Versicherungsnehmer und Dritter sind / waren Partner in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft

Versicherungsnehmer und Dritter sind Verwandte 1. Grades / Geschwister

Übertragung aus dem Bestand einer Firma auf eine Privatperson

Betriebsübergang am \_\_\_\_\_

**c) Erklärung des Versicherungsnehmers**

**Mir ist bekannt, daß ich bei unrichtigen Angaben in diesem Antragsvordruck für das erste Versicherungsjahr das Doppelte des Beitrags, der bei richtiger Einstufung erhoben worden wäre, zu zahlen habe (TB Nr. 20 Abs. 2)**

\_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift / Stempel des Dritten)

\_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift / Stempel des VN)

**Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu Ziffer 1–7 und die wichtigen Hinweise auf der Rückseite des Formulars!**