

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Absender:

Vermittler-Nr.:

Wir bitten, diese Erklärung ausgefüllt zurückzusenden.

Abteilung
Betreff

Kraftfahrtversicherung
Antrag für die Übernahme des Schadenverlaufs von einer anderen Person nach I.6.1.3
Allgemeine Bedingungen für die Kraftfahrtversicherung (AKB)

Andere Person – Bisher Anspruchsberechtigte(r)

Name und Anschrift

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

Versicherungsnehmer (VN) – Name und Anschrift siehe oben

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

Es wird beantragt den Schadenverlauf einer anderen Person zu übernehmen.

a) Einverständnis der anderen Person zu der Übertragung ihres Schadenverlaufs und Aufgabe ihres Schadenfreiheitsrabattes in vollem Umfang

mit Wirkung vom _____ .

Datum, Unterschrift der anderen Person

Andere Person ist am _____ verstorben.

b) Erklärungen des Versicherungsnehmers und der anderen Person

Versicherungsnehmer und die andere Person sind Partner nach I.2.6. AKB (In diesem Fall können die unten stehenden Erklärungen entfallen.)

Die andere Person ist ein Elternteil oder das Kind des Versicherungsnehmers.

Die andere Person ist ein Großeltern, Enkel oder Geschwister des Versicherungsnehmers. (Nur bei der Produktlinie mobil komfort möglich.)

Die andere Person nach ist der Arbeitgeber des Versicherungsnehmers.

Hiermit wird erklärt, dass das Fahrzeug (auch Vorfahrzeuge) der anderen Person überwiegend vom Versicherungsnehmer in der Zeit vom _____ bis _____ gefahren wurde.

Der Versicherungsnehmer erklärt weiter, dass er das Fahrzeug in Zukunft nutzen wird

für privaten Gebrauch für gewerbliche Zwecke

gemischt für private und gewerbliche Zwecke

c) Erklärung des Versicherungsnehmers

Eine Ablichtung des Führerscheins ist beigelegt.

Mir ist bekannt, dass bei unrichtigen Angaben eine Verletzung der Anzeigepflicht vorliegt, die zu einer Vertragsanpassung, einem Rücktritt, einer Anfechtung des Vertrags durch den Versicherer führen kann (Abschnitt M der AKB).



Ort, Datum, Unterschrift der anderen Person

Ort, Datum, Unterschrift des VN

DBV Deutsche Beamtenversicherung AG

Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden · Postanschrift: 65171 Wiesbaden

Ein Unternehmen der AXA Gruppe

Internet: www.DBV.de

Sitz der Gesellschaft Wiesbaden · Handelsregister Wiesbaden 21 HR B Nr. 2404

Sitz der Zweigniederlassung Berlin · Handelsregister Berlin 92 HR B Nr. 593

USt.-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Volker Stich

Vorstand: Dr. Thomas Buberl, Vorsitzender;

Dr. Andrea van Aubel, Etienne Bouas-Laurent,

Jens Hasselbächer, Jens Warkentin