

UFKB GmbH
 Im Eichenwald 6
 53894 Mechernich

Versicherungsnehmer	
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Vers.-Gesellschaft:	
Vers.-Schein-Nr.:	

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

Bisher SFR-Berechtigter (Dritter) 1a

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

Versicherungsnehmer (VN) - Name und Anschrift siehe oben-

Art des Fahrzeugs	Verwendungszweck	Stärke
Hersteller	Fahrzeug-Identifizierungsnr. (Fahrgestell-Nr.)	Amtliches Kennzeichen
Versicherer/Geschäftsstelle:		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) Erklärung des Versicherungsnehmers auf 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 Vorfahrzeug) des Dritten nicht nur gelegentlich gefahren hat, 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
- Betriebsübertragung am _____

c) Erklärung des Versicherungsnehmers

Die Ablichtung meines Führerscheins ist beigefügt.
 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)