ANFRAGEFORMULAR für die Rennsaison 2025
Race Car Cover VERSICHERUNGSMAKLER GMBH, BREITESTR. 6, 30159 HANNOVER
Telefon 0049 (0)511/353985-60 Fax 0049 (0)511/353985-66

VERSICHERUNGSNEHMER	
Name Team:	
PLZ / Ort/ Straße:	
Telefon / FAX:	E-Mail:
FAHRZEUGDATEN	
Fahrzeughersteller	Typ des Fahrzeuges:
Fahrgestellnummer	Fahrzeug – Kategorie:
Baujahr:	Start Nr.:
Neuwert des Fahrzeuges EUR:	Zeitwert des Fahrzeuges EUR:
VERSICHERUNGSSUMME	
gewünschte Versicherungssumme EUR:	
Sind Sie Vorsteuerabzugsberechtigt? ja **O** nein **O**	
RENNKALENDER	
Anzahl der Rennen:	Rennserie:
Ort und Datum:	Ort und Datum:
Ort und Datum:	Ort und Datum:
Ort und Datum:	Ort und Datum:
Ort und Datum:	Ort und Datum:
Ort und Datum:	Ort und Datum:
Ort und Datum:	Ort und Datum:

ANGABEN ZUM FAHRER (für jeden Fahrer separate Anfrage stellen)		
Name / Vorname:		
Geburtsdatum:	Lizenz Nr.:	Lizenz Kategorie:
Seit wann fahren Sie Autorennen?		
Welche Rennklassen haben Sie in 2024 gefahren?		
Rennerfolge 2024:		
Unfälle letzte 5 Jahre	Anzahl:	Gesamt Schadenshöhe ca. EUR:
Wo waren Sie bislang versichert? Versicherungsgesellschaft/ Makler:		
ERKLÄRUNG DES FAHRERS		
Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgetreu sind. Bei nicht wahrheitsgemäßen und unvollständigen Angaben über Vorschäden ist der Versicherer von der Leistung frei. Ferner willige ich ein, Anfrage beim Vorversicherer / Makler und Veranstalter einholen zu dürfen.		
Ort Datum:	Unterschrift:	
UNTERSCHRIFT VERSICHERUNGSNEHMER		
Ort Datum:	Unterschrift:	

Bitte vollständig ausfüllen, da wir sonst kein Angebot abgeben können !