

Vorname, Name	
Strasse	
PLZ, Stadt	
E-Mail	
Telefon	
Fax	

### **SFR-Übertragung bei Betriebsübernahme (Kraffahrtversicherung)**

Lfd.Nr.	Amtl Kennz.	Art des Fahrzeugs	Vorversicherer	Versicherungsschein-Nr.

**1. Erklärung der/des bisherigen SFR-Berechtigten**

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift

**2. Erklärung der Versicherungsnehmerin / des Versicherungsnehmers**

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift