

Navn: _____ CPR-nr.: _____ - _____
 Adresse: _____ Telefon/Mobil: _____ E-mail: _____
 Postnr.: _____ By: _____ Tilmelding til BetalingsService:
 Har du eller din husstand forsikring i GF? Ja Nej
 Kontohavers CPR-nr.: _____ - _____
 Hvis ja - policenr.: _____ Reg. nr.: _____ Kontonr.: _____

Ønsker du at modtage dokumenter via e-boks? Ja Nej
 Må vi benytte dine oplysninger internt til markesføring via telefon, e-mail og post? Ja Nej
 Ønsker du at modtage nyhedsbrev ca. 6-8 gange pr. år via e-mail? Ja Nej

Begæring om forsikring for Veterankøretøj/Klassisk køretøj		Kundenr. (udfyldes af GF Forsikring):
Erklæring på tro og love vedr. kørekort m.v.	Ejer Hvor mange år har du haft kørekort til personbil? _____ år Kørekortnummer: _____ Jeg har kørt egen bil de sidste _____ år	Bruger Hvor mange år har du haft kørekort til personbil? _____ år Kørekortnummer: _____ Jeg har kørt som registreret bruger af bil de sidste _____ år
Forsikringstagers data (ejer)	Stilling _____ Navn (samme navn som anført på registreringsattest) _____ CPR-nr. _____ Bopæl (gadenavn og nr.) _____ Postnr. _____ By _____	
Brugers data <input type="checkbox"/> Medejers data <input type="checkbox"/> <small>Udfyldes KUN, hvis der er anført to navne på registreringsattesten</small>	Stilling _____ Navn (samme navn som anført på registreringsattest) _____ CPR-nr. _____ Bopæl (gadenavn og nr.) _____ Postnr. _____ By _____	
Bil/MC data	Fabrikat _____ Type, modelbetegnelse og motorstørrelse _____ Årgang _____ Egenvægt _____ Registreringsnr. _____ Stelnummer _____ Dagsværdi _____ Årligt kørselsbehov _____ Har bilen trækrog? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Forsikringens omfang	<input type="checkbox"/> Ansvars- og kaskoforsikring <input type="checkbox"/> Ansvarsforsikring alene <input type="checkbox"/> Stilstandsforsikring	
Oplysning om bil/MC til dagligt brug	Reg.nr. _____	
Tidligere forsikring og opsigelse	Overføres forsikringen fra andet selskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis Ja: <input type="checkbox"/> Med forkortet opsigelsesvarsel Du kan opsigse din nuværende forsikring med kun 30 dages varsel til udløbet af en kalendermåned. Det koster et gebyr. <input type="checkbox"/> Ved udløb i andet selskab. <input type="checkbox"/> Pga. prisstigning eller nye betingelser/vilkår. <input type="checkbox"/> Pga. fortrydelse (14-dages reglen). GF Forsikring bedes opsiges min veterankøretøjsforsikring i: Selskab: _____ Policensr.: _____ Pr. _____ / _____ 20_____ (Vedr. policenr.: Se police eller seneste opkrævning) Jeg giver GF Forsikring lov til at indhente oplysninger om skadeforløb, anienitet og eventuel opsigelsesårsag for mine nuværende og tidligere forsikringer i andre forsikringsselskaber. Jeg giver samtidig GF Forsikring lov til at foretage de nødvendige opsigelser i andre forsikringsselskaber."	
Vigtigt! Husk at udfylde denne rubrik <input checked="" type="checkbox"/>	Har der været skader inden for de sidste 2 år? (gælder både veteran- og brugskøretøj) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - Hvis Ja - oplys følgende: Dato: _____ Skadeårsag: _____ Udgift: _____ Dato: _____ Skadeårsag: _____ Udgift: _____ Dato: _____ Skadeårsag: _____ Udgift: _____	
Foto	Fotos af bilen/motorcyklen SKAL vedlægges. Begæringen kan ikke behandles, og der kan ikke udstedes forsikringsbevis, for fotos modtages.	Må fotos benyttes til markedsføring i GF Forsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Underskrift	Med min underskrift bekræfter jeg, at de givne oplysninger er korrekte. Jeg er bekendt med at afgivelse af urigtige oplysninger kan medføre, at retten til erstatning bortfalder helt eller delvist i henhold til forsikringsaftaleloven Dato: _____ Underskrift: _____	
Udfyldes af forsikringsklubben	<input type="checkbox"/> Forsikringsbevis er udstedt af klubben og udleveret til forsikringstager <input type="checkbox"/> Forsikringsbevis er udstedt af forhandler Tegningsagentur nr.: _____ Klubbens underskrift: _____	

