

EUROPA Versicherung 44119 Dortmund

**EUROPA  
Versicherung AG**

Servicecenter Kraftfahrt  
Ruhrallee 92  
44139 Dortmund

Wir sind für Sie da: Mo. - Fr. 8 - 19 Uhr

Telefon: 0231 919-2854  
Telefax: 0231 919-2073  
kfz-europa@europa.de

**Diese Erklärung bitte ausgefüllt  
zurücksenden.**

Kfz-Versicherung \_\_\_\_\_ Amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_

**Besondere Vereinbarung**

Zwischen

**Versicherungsnehmer** Firma \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

und

**Mitversicherungsnehmer** Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

wird eine Versicherungsnehmer-Gemeinschaft nachfolgenden Vereinbarungen gebildet:

1. Der Versicherungsnehmer oder der Mitversicherungsnehmer ist der Halter des oben genannten Fahrzeugs.
2. Der Mitversicherungsnehmer erhält das alleinige Nutzungsrecht an dem oben bezeichneten Fahrzeug. Eine Erweiterung des Nutzungskreises muss zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Mitversicherungsnehmer vereinbart werden und beeinflusst diese Erklärung nicht. Die Einstufung des Vertrages richtet sich nach den Gefahrenmerkmalen des Mitversicherungsnehmers (und ggf. denen zusätzlicher Nutzer). Der Mitversicherungsnehmer behält nach Auflösung der Gemeinschaft den gesamten – auch während der Dauer der Gemeinschaft erworbenen – Schadenfreiheitsrabatt einschließlich rabattbelastender Schäden.
3. Der Versicherungsnehmer ist allein berechtigt, Willenserklärungen zum Versicherungsvertrag abzugeben und entgegenzunehmen, sowie über die Leistungen aus diesem Versicherungsvertrag zu verfügen. Er ist allein verpflichtet, die fälligen Beiträge an den Versicherer zu entrichten.
4. Im Übrigen hat der Mitversicherungsnehmer dieselben Pflichten und Obliegenheiten wie der Versicherungsnehmer.
5. Diese Vereinbarung gilt – bis auf Widerruf durch den Mitversicherungsnehmer – auch für Folgefahrzeuge, sofern die Nutzungsbedingungen unverändert bestehen bleiben.

**Angaben zum Vorvertrag** Versicherer \_\_\_\_\_  
Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
Amtl. Kennzeichen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers (mit Firmen-Stempel)

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Mitversicherungsnehmers