

## Auftrag zur mobilen Schadenregulierung

an Consulting & Management | Europastrasse 8 | 9524 Villach

E: office@schadenregulierung.cc | F: +43(0)820/220264337 | T: +43(0)4242/42319

|  |                                      |                                     |                                |            |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------|
| Auftraggeber (VU)  |                                      | SchadenreferentIn                   |                                |            |
|  |                                      | Telefon/Fax                         |                                |            |
|  |                                      | E-Mail                              |                                |            |
| Schaden-Nummer   |                                      |                                     | Schadendatum                   | TT.MM.JJJJ |
| Schadensort  |                                      |                                     |                                |            |
| Besichtigungsort   | <input type="checkbox"/> wie oben    |                                     |                                |            |
|  | <input type="checkbox"/> anderer Ort |                                     |                                |            |
| VN Name  |                                      |                                     | Tel. 1                         |            |
|  |                                      |                                     | Tel. 2                         |            |
| VN Adresse   |                                      |                                     |                                |            |
| AST Name   |                                      |                                     | Tel. 1                         |            |
|  |                                      |                                     | Tel. 2                         |            |
| AST Adresse  |                                      |                                     |                                |            |
| Versicherungssparte / Risiko   |                                      |                                     |                                |            |
| Kurze Beschreibung des Schadenherganges (gegebenenfalls auf einem separaten Blatt) |                                      |                                     |                                |            |
| Sonstige relevante Informationen   |                                      |                                     |                                |            |
| gewünschte Berichtsart   | <input type="checkbox"/> small       | <input type="checkbox"/> medium     | Entschädigungsregelung ja/nein |            |
|  | <input type="checkbox"/> large       | <input type="checkbox"/> individual |                                |            |
| Sonstige Anforderungen   |                                      |                                     |                                |            |
| Datum  |                                      | Unterschrift SchadenreferentIn      |                                |            |