

SCHADENAUFNAHME

durch Fa. Antirisk Versicherungsmakler GmbH; Tel. 01/548 05 95-0 und Fax 01/548 05 95/15

Sparte:	Pol.Nr.
----------------	----------------

Gesprächspartner Name:	Tel.Nr.:
----------------------------------	----------

Versicherungsnehmer Name:	Tel.Nr.: w.o. (Bürozeit)
Adresse:	

Schadentag	Behördliche Aufnahme
	o NEIN o JA, wo

Schilderung des Schadenherganges (ungefähre Schadenhöhe?)

Für Haftpflicht: Geschädigter Name:	Tel.Nr.:
Adresse:	
Sonstige Angaben:	

Zahlung an:	bei (Institut)
Kontonummer:	bei (BLZ)

Datum:

Unterschrift