



LÖSER + PARTNER SCHADENFESTSTELLUNGEN

VR (ggf. Stempelabdruck):	Sachbearbeiter <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
Löser + Partner Schadenfeststellungen GmbH Niederlassung Köln Mühlenstraße 60 47877 Willich	Auftrag erteilt: Datum: _____ <input type="checkbox"/> per Post <input type="checkbox"/> per Fax: _____ <input type="checkbox"/> telefonisch: _____ gesprächen mit: _____ <input type="checkbox"/> per E-Mail: _____
Schadenfeststellungsauftrag / Sach Vertragsdaten 1.11 VS-Nr.: _____ 1.12 VN Name: _____ -PLZ/Ort: _____ -Straße/Hausnr.: _____ -Tel., -Fax, -E-Mail: _____ 1.13 Risiko-Typ: <input type="checkbox"/> Gebäude <input type="checkbox"/> Hausrat <input type="checkbox"/> Betrieb - <input type="checkbox"/> sonst: _____ 1.14 Risiko-Anschrift: <input type="checkbox"/> Wie 1.12 - <input type="checkbox"/> sonst: _____ 1.15 AVB (ggf. Zusatz-/Sonderbed., Klauseln usw.): _____ _____ 1.16 Vers.-Summe: <input type="checkbox"/> € _____ <input type="checkbox"/> Mk/Wert 1914 _____ - <input type="checkbox"/> sonst: _____ 1.17 Sonstige Vertrags-Infos: _____ _____ Schadendaten 1.21 Schaden-Nr.: _____ 1.22 Schadentag: _____ 1.23 Schadenort: <input type="checkbox"/> Wie 1.14 - <input type="checkbox"/> sonst: _____ 1.24 Schadenart: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> LW <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> ELEM. <input type="checkbox"/> BU - <input type="checkbox"/> sonst: _____ _____ 1.25 Schadenhöhe: _____ 1.26 Schadenunterlagen: <input type="checkbox"/> Folgen nach <input type="checkbox"/> Ohne 1.27 Sonstige Schaden-Infos: _____ _____ _____ _____ _____ _____	