

Kundenauftrag Anforderung Schadenrenta / Seite 1/1

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Schuster & Dr. König KG

An der Dreikönigskirche 8 • 01097 Dresden

Tel.: 0351/811358-0

Fax: 0351/811358-29

info@sk-vm.de

http://www.sk-vm.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Versicherungsschein-Nr. und -gesellschaft	<input type="text"/>
Anzahl der Schäden der letzten <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kurzbeschreibung des Schadens: Schadendatum: Geleistete Entschädigungen / Reserven:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € / <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Kurzbeschreibung des Schadens: Schadendatum: Geleistete Entschädigungen / Reserven:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € / <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Kurzbeschreibung des Schadens: Schadendatum: Geleistete Entschädigungen / Reserven:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € / <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Kurzbeschreibung des Schadens: Schadendatum: Geleistete Entschädigungen / Reserven:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € / <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Kurzbeschreibung des Schadens: Schadendatum: Geleistete Entschädigungen / Reserven:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € / <input type="text"/> €
Bemerkungen (ggf. weitere Schäden)	<input type="text"/>
Unterschrift des Versicherungsnehmers	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ Datum Ort ggf. Unterschrift