|  |  |
| --- | --- |
| Auftrag |  |
| Telefax: 030/7001 430 085, Mail: info@cstsb.de  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Auftraggeber (VU) Anschrift (Stempel):** | **Sachbearbeiter:** |  |
| **Telefon/Fax:** |  |
| **E-Mail:** |  |
| **Schadennummer:** |  | **Schadentag:** |  |
| **Schadenort:** |  |
| **Schadenart:** | **(F/LW/ED/ST/H):**  |
| **Besichtigungsort:** | 🞎 wie oben 🞎 anderer Ort:  |
| **VN Name:** |  | **Tel:** |  | **Mail:** |  |
| **VN Adresse:** |  |
| **Bedingungswerk:** |  | **Versicherungssumme:** |  | **Reserve:** |  |
| **Deckung:** | 🞎 besteht | 🞎 besteht nicht / noch ungeklärt |
| **Bitte übersenden Sie möglichst den Versicherungsschein, die Vertragsbedingungen und die Deklaration zum Vertrag.** |

|  |
| --- |
| **Kurze Schilderung des Schadenhergangs (ggf. bitte separates Blatt benutzen):** |
| **Besondere Informationen (z.B. Vertrag/VN/Deckung/Agentur):** |
| **Was soll ermittelt werden?** |
| **Interne Vermerke:** |