

## Auftrag für Austausch/Reparatur/Gutachten

RepairConcepts GmbH  
 Egermannstraße 7  
 D-53359 Rheinbach  
 Telefon: 0 22 26/16 988-6

**per Fax: 0 180/501 286 833** (14 Cent/Minute)

Das Fax besteht aus \_\_\_\_ Seite(n).

per Post  per E-Mail: info@rc-glas.de

**Auftraggeber:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter-Name

Telefon-Nr.

Telefax-Nr.

E-Mail-Adresse

**Schaden-Nr.:**

**Schadendatum:**

<input type="checkbox"/> Glasversicherung	<input type="checkbox"/> Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Wohngebäudeversicherung	<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung
<input type="checkbox"/> Gebäude-Glasvers.	<input type="checkbox"/> Geschäftsinhaltsvers.		<input type="checkbox"/> Selbstbeteiligung ____ EUR
<input type="checkbox"/> Entschädigung für Anstriche, Malereien, Folien, etc. bis zu einem Betrag von ____ EUR			
<input type="checkbox"/> Selbstbeteiligung ____ EUR			

Deckung fraglich  Haftung fraglich  Mithaftung wahrscheinlich  Vorsteuerabzugsberechtigung besteht

**Besonderheiten: Deckung, SB, Schadenschilderung/-beschreibung**

(fügen Sie möglichst Schadenakte, Anschaffungsbelege und Kostenvoranschläge bei):

**VN:** \_\_\_\_\_  
 Name Vorname Straße PLZ/Ort

\_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl. \_\_\_\_\_ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail

**ASt:** \_\_\_\_\_  
 Name Vorname Straße PLZ/Ort

\_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl. \_\_\_\_\_ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail

**Ort der Reparatur/Bewertung:**  VN  Ast oder falls abweichend von Adresse des VN/ASt:

\_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort

\_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl. \_\_\_\_\_ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail

<input type="checkbox"/> Backofenglastür	<input type="checkbox"/> Dachverglasung	<input type="checkbox"/> Duschabtrennung (Glas/Kunststoff)
<input type="checkbox"/> Fensterglas	<input type="checkbox"/> Glasmöbel	<input type="checkbox"/> Glasbausteine
<input type="checkbox"/> Glaskeramik-Kochfeld	<input type="checkbox"/> Haustürfüllung	<input type="checkbox"/> Schaufensterglas
<input type="checkbox"/> Spiegelglas	<input type="checkbox"/> Türglas	<input type="checkbox"/> Wintergartenglas
<input type="checkbox"/> Wohndachfenster	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

**Austausch/Reparatur**  
 Sollte der Schaden von uns nicht zu beseitigen oder nicht zugelassen werden, erstellen wir ein kostenpflichtiges Gutachten

**Gutachten** (Plausibilität, Vorschadenermittlung, Prüfung Alter und Preis, Zeitwertermittlung)  **mit Vor-Ort-Regulierung**

**Bewertung auf Basis von Unterlagen** (aussagekräftige Fotos, Anschaffungsbelege etc.)

**Rechnungsprüfung**

**Senden Sie mir den Bericht, Rechnung, Gutachten:**  per Post  an meine o. g. E-Mail Adresse  
 (bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift