



## Überschreitung der äußersten Zahlungsfrist inkl. Interventionsauftrag

T. +43/1/515 54-600, F. +43/1/515 54-339, [schaden@coface.at](mailto:schaden@coface.at)

### DATEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Polizzenummer \_\_\_\_\_

Firmenwortlaut \_\_\_\_\_

Falls Forderungsinhaber abweichend von Hauptversicherungsnehmer:

Polizzenummer (optional) \_\_\_\_\_

Firmenwortlaut \_\_\_\_\_

Straße, Nummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

### DATEN IHRES KUNDEN

CRS-Nummer \_\_\_\_\_

Firmenwortlaut/Inhaber \_\_\_\_\_

Straße, Nummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Steuernummer \_\_\_\_\_  
(UID/VAT - falls bekannt)

### Rechtsformen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen                 | <input type="checkbox"/> Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| <input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft                | <input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft                 |
| <input type="checkbox"/> Offene Gesellschaft               | <input type="checkbox"/> Zweigniederlassung im Ausland         |
| <input type="checkbox"/> Regierungsbehörde                 | <input type="checkbox"/> gemeinnützige Organisation            |
| <input type="checkbox"/> unbekannte oder andere Rechtsform |  |

Versicherungssumme \_\_\_\_\_

Polizzenmäßig vereinbarte äußerste Zahlungsfrist \_\_\_\_\_

Mit dem Kunden vereinbartes Zahlungsziel \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZU(R) ÜBERFÄLLIGEN FORDERUNG(EN)

Derzeitiger Außenstand (gesamt) \_\_\_\_\_ Währung \_\_\_\_\_

Davon überfälliger Betrag (gesamt) \_\_\_\_\_ Währung \_\_\_\_\_

### Risiko

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Risiko mit geprüftem Limit | <input type="checkbox"/> Meldung innerhalb der Selbstentscheidungsgrenze |
| <input type="checkbox"/> Prüfungsfreies Limit       |  |
| <input type="checkbox"/> Reklamation                | <input type="checkbox"/> unberechtigter Skontoabzug                      |
| <input type="checkbox"/> Haftrücklass               | <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____                           |

Datum älteste offene Rechnung \_\_\_\_\_ Fälligkeit älteste offene Rechnung \_\_\_\_\_

Letzte Zahlung eingelangt am \_\_\_\_\_

Zusätzliche Angaben \_\_\_\_\_

**Wir bitten Sie uns eine aktuelle Liste der offenen Posten, sowie die Kopie der offenen Rechnungen zu übermitteln.**

Bitte senden Sie die Kreditzielüberschreitungsmeldungen nur mehr 1x - auch wenn die Forderung im nächsten Abrechnungszeitraum immer noch offen ist, eine nochmalige Meldung ist nicht notwendig.

Wir bestätigen, die Angaben nach aktuellem Wissen, vollständig und richtig gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenmäßige Fertigung