



Überschreitung der äußersten Zahlungsfrist

T. +43/1/515 54-600, F. +43/1/515 54-339, 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)

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 zu übermitteln.

Bitte senden Sie die Kreditzielüberschreitungs meldungen 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