

## Kontaktformular

**SZU GmbH**

**85757 Karlsfeld**

**Telefon:** 08638 / 981 60 00

**Telefax**

**E-Mail:** [szu-Karlsfeld@schadenfix.de](mailto:szu-Karlsfeld@schadenfix.de)

**Web:**

**Sie erreichen uns:** Mo - Fr 8.00-18.00h

### Ihre persönlichen Angaben

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Besteht eine Rechtschutzversicherung:**  ja  nein

Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Besteht eine Haftpflichtversicherung:**  ja  nein

Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Ihr Anliegen:

---

---

---

---

---