

junited[®] AUTOGLAS

Autoglas Profi GmbH Peters

Versicherung: _____



81829 München
Valentin-Linhof-Str. 4
Telefon: 089 / 43 77 83 90
Telefax: 089 / 43 77 83 925

Fabrikat (Type): _____



85391 Allershausen
Münchener Str. 27
Telefon: 08166/99 49 0 50
Telefax: 08166/99 49 0 51

Tag d. Erstzulassung: _____

www.autoglas-profi.de
info@autoglas-profi.de

Kilometerstand: _____ **KFZ Kennzeichen:** _____

Otto Diesel KBA Zu 14.1 KBA Nr. Zu 2 Zu 3

FZG. Id. Nr.

Als Halter dieses Fahrzeugs möchte ich Sie bitten, aus meinen Schadenersatzansprüchen, das
bei Ihnen unter der **Versicherungs- Nr.:** _____

teilkaskoversichert ist, die Entschädigung für die nachstehend aufgeführte Rechnung, direkt an die
Firma Autoglas Profi (Münchner Bank KTO 3023532, BLZ 701 900 00) zu bezahlen.
Abzüge und Vertragsstrafen durch Werkstattbindung werden vom Versicherungsnehmer getragen.

Rechnung Nr _____ vom _____ € _____

Selbstbeteiligung: € _____ SB erhalten _____

MWST abzugsberechtigt **JA** **NEIN**

SCHADENSHERGANG: _____

SCHADENSTAG: _____

VERSICHERUNGNEHMER Anschrift

München, den- _____

Unterschrift

Die Zahlungsanweisung ist unwiderruflich.

TEL: _____