

Vermittlungsformular Glasschaden

VON

Auftraggeber (bitte immer angeben)

VERSICHERUNG

Anschrift des Halters des beschädigten Fahrzeuges:

Telefonnummer für Kontaktaufnahme:

Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung: ja nein

Schadenstag:

Name der Versicherung:

Versicherungsscheinnummer:

Schadenummer:

Teilkaskoversicherung: ja nein

Höhe der Selbstbeteiligung:

 €

Vorsteuerabzugsberechtigung: ja nein

Angaben zum Fahrzeug:

Hersteller und Typ:

Fahrgestellnummer:

KFZ-Kennzeichen:

Kilometerstand lt. Tacho:

Besondere Information zum Auftrag:

**Autohaus
Kramer**

Kfz-Meisterbetrieb – seit 1961

Scheiben-Doktor.de
Reparatur & Austausch

