

# junited<sup>®</sup> 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:** \_\_\_\_\_