

junited[®] AUTOGLAS

Auftrag per Fax an 06341 / 960 888



Datum: _____

Versicherungsnehmer:

Name: _____

Telefon: _____

Kennzeichen: _____

Erreichbarkeit: immer von _____ Uhr bis _____ Uhr

Standort Kfz

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Straße: _____

Kfz-Information

Typ / Modell _____

HSN / TSN: _____

VIN (17-stellige Fahrgestellnummer):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Erstzulassung: _____

Versicherungsinformationen

Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

SB-Anteil: _____

Vorsteuerabzugsberechtigt: _____

Werkstattanbindung: _____

Schadensnummer: _____

Schadensdatum: _____

Sachbearbeiter-Information:

Sachbearbeiter / -in:

Stempel Versicherungsagentur

JA Autoglas GmbH

Geschäftsführer: Joachim Wegst
Hainbachstraße 80
76829 Landau / Pfalz

Tel: 0 63 41 / 960 900
Fax: 0 63 41 / 960 888

www.ja-autoglas.de