

Schadensmeldung

Daten des Vermittlers:

Versicherungsagentur:

Vorname:

Nachname:

Telefon:

E-Mail:

AD-Nummer

Ihr Service - Zentrum

KS AUTOGLAS ZENTRUM
e-mail: hotline@ksautoglas.de
Telefonische Hotline: 0800 - 44 88 488
Fax: 07223 - 95 15 80 90

Versicherungsnehmer (Vor- und Zuname):

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Fahrzeughersteller: **Schlüsselnr. zu 2):**

Fahrzeugtyp: **Schlüsselnr. zu 3):**

Kennzeichen:

Kunde möchte telefonisch um Uhr angerufen werden

Auftragsart:

Steinschlagreparatur:

Scheibenaustausch:

Teilkasko mit SB in €:

Teilkasko ohne SB:

Sonstiges:

Versicherungsnummer:

Vericherungsgesellschaft:

Datum:

(Unterschrift, Versicherungsbüro)

BITTE per FAX an 07223-95158090

