

0800 230 230

partner@carglass.at

## AUFTRAG an Carglass

### Versicherungsnehmer

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Festnetz- oder Mobilnummer

E-Mail

**Art der Beschädigung nach  
Angabe des Kunden  
(zutreffendes ankreuzen)**

Steinschlag (kleiner als 2€ Münze)  
Windschutzscheibenriss  
Seitenscheibenschaden  
Heckscheibenschaden  
Sonstiges

### Vertragsdaten

Versichert bei

Polizzenummer

Schadenummer (optional)

Selbstbehalt in Euro

Brutto oder Nettovertrag (optional)

### Fahrzeugdaten

Marke

Type

FIN

Amtliches Kennzeichen (X-ZZZZZY)

Datum der Genehmigung (MM.JJJJ)

### Standort beschädigtes Fahrzeug (bei mobilem Service)

PLZ

Ort

Straße, Hausnummer

### Kontaktperson (sofern nicht Versicherungsnehmer)

Name

Telefonnummer

Kontaktdaten:

Tel.:

E-Mail: