

BESICHTIGUNGSANFORDERUNG

Von der Werkstätte auszufüllen!	AN: (Versicherungsunternehmen)		FAX:		
	SCHÄDIGER: (Haftpflichtschäden)		ANSPRUCHSTELLER: (Zulassungsschein hier auflegen)		
	NAME: STRASSE: PLZ/ORT:				
	KFZ-ART: MARKE: TYPE:				
	KENNZEICHEN: POLIZZENNR.:				
	BESICHTIGUNGSORT:				
NAME: STRASSE: PLZ/ORT:					
TELEFON:					
ANMERKUNGEN: (Schadenart)					
BESICHTIGUNGSTERMIN:		SCHADENTAG:			
<input type="radio"/> AB SOFORT <input type="radio"/> AB: <input type="radio"/> TERMIN:		BESCHÄDIGUNG: <input type="radio"/> : VO <input type="radio"/> : HI <input type="radio"/> : RE <input type="radio"/> : LI REPARATURHÖHE CA.:			
Von der Versicherung auszufüllen!	BESICHTIGUNGSauftrag weitergeleitet an Sachverständigen				
	VON:		TELEFON:		
	SCHADENNUMMER:				
	<input type="radio"/> KOLLISION	<input type="radio"/> PARKSCHADEN	<input type="radio"/> WILDSCHADEN		
GLASSCHADEN:	<input type="radio"/> ALLE GLÄSER	<input type="radio"/> NUR RUNDUMVERGLASUNG			
	<input type="radio"/> EINBRUCHSSCHADEN	<input type="radio"/>			
ANMERKUNG:					