

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:				