



Versicherungsbüro
HÖSSINGER
3107 St.Pölten, Mühlweg 96
Tel.02742 / 219 66 0
Fax.02742 / 219 66 40

BESICHTIGUNGSANFORDERUNG

AN:	FAX:
<u>SCHÄDIGER:</u> (Haftpflichtschäden) NAME: ADRESSE: KFZ: TYPE: KENNZEICHEN: POLIZZENNR.:	<u>ANSPRUCHSTELLER:</u> (Zulassungsschein, Kaskoschaden) POLIZZENUMMER: KENNZEICHEN: DATUM DER ZULASSUNG: DATUM DER ERSTMALIGEN ZULASSUNG: NAME: / FIRMA: VORNAME: ANSCHRIFT: FAHRGESTELLNUMMER: MOTORNUMMER: ART DES FAHRZEUGES: MARKE: TYPE: HUBRAUM: cm_ LEISTUNG: kw: LEASINGFAHRZEUG: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
<u>BESICHTIGUNGSORT: FA.:</u> POSTLEITZAHL: TELEFON:	SCHADENSTAG: BESCHÄDIGUNG: <input type="radio"/> LI <input type="radio"/> RE <input type="radio"/> VO <input type="radio"/> HI TOTALSCHADEN: <input type="radio"/> REPARATURHÖHE CA:
<u>ANMERKUNGEN:</u> (Sonstiges)	
<u>BESICHTIGUNGSTERMIN:</u> <input type="radio"/> AB SOFORT: <input type="radio"/> FIXTERMIN AM: <input type="radio"/> TERMIN AB:	
<u>SCHADENS - ART:</u> <input type="radio"/> KOLLISION <input type="radio"/> PARKSCHADEN <input type="radio"/> WILDSCHADEN <input type="radio"/> EINBRUCHSCHADEN <input type="radio"/> VANDALISMUS <input type="radio"/> <u>GLASSCHÄDEN:</u> <input type="radio"/> WINDSCHUTZSCHEIBE <input type="radio"/> RUNDUMVERGLASUNG <input type="radio"/> KLEINGLÄSER	
<u>BESICHTIGUNGSauftrag weiterleiten an Sachverständigen:</u>	