

RECHTSSCHUTZ - SCHADENSMELDUNG

Versicherungsnehmer

Versicherer

Vermittler

Name 1			Versicherungsmakler
Name 2			Johann Franta
Straße			Gösting 136
Ort			2225 Zistersdorf
Telefon			02532 27 67
Fax			02532 27 674

Schaden-Nr.:

Pol.Nummer:

Versicherungsnehmer		Mitversicherte Person (Name und Anschrift)		
Geburtsdatum	Beruf	Geburtsdatum	Beruf	Telefon (8-6Uhr)

Art der Rechtsschutzversicherung:

Datum des Schadensfalles:

Aufnehmende Polizeidienststelle

Unfallort

Zeugen:

Wurde ein Alko - Test vorgenommen?

☐ ja

☐ nein

Führerscheinabnahme:

☐ ja

☐ nein

Bericht über den Schadensfall (ev. mit Skizze)

Vollmacht zu Vorfall vom . Ich ersuche Sie höflich der Versicherung zu gestatten, in alle diesen Vorfall betreffenden Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die behandelnden Ärzte und Krankenanstalten von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde und die Versicherung ermächtige, eine Abschrift der /des Krankengeschichte /Ambulanzprotokolls obigen Vorfall betreffend zu beschaffen.

Ort, Datum	Unterschrift des VN od. Bevollmächtigten

Gegen wen bzw. von wem wird der Anspruch erhoben:	
Einschaltung des Rechtsanwaltes:	
Wurde zur Vermeidung drohenden Rechtsverlustes bzw. wegen Gefahr im Verzug bereits ein Rechtsanwalt beauftragt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gewünschter Rechtsanwalt:	
Bei KFZ-Unfällen Name, Anschrift und Daten der Beteiligten:	
A) Name und Anschrift:	
Kennzeichen:	Versicherung:
Marke/Type:	Fahrgestellnummer:
B) Name und Anschrift:	
Kennzeichen:	Versicherung:
Marke/Type:	Fahrgestellnummer:
C) Name und Anschrift:	
Kennzeichen:	Versicherung:
Marke/Type:	Fahrgestellnummer:
Strafverfahren:	
Wurde im Zusammenhang mit dem Schadensfall ein Strafverfahren eingeleitet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welche Gendarmerie bzw. Polizeidienststelle oder Behörde ist mit dem Fall befasst:	
Bemerkungen:	