

Rechtsschutz – Schadenanzeige

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Versicherungsgesellschaft: | Polizzenummer: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

VERSICHERUNGSNEHMER

| | |
|------------------------------------------------|----------------------|
| Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/Firma | |
| <input type="text"/> | |
| PLZ/Ort/Straße/Hausnummer | <input type="text"/> |
| Telefonnummer: | <input type="text"/> |

WANN IST DAS EREIGNIS EINGETRETEN?

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Datum: <input type="text"/> | Uhrzeit: <input type="text"/> |
|-----------------------------|-------------------------------|

EREIGNISORT

| |
|--------------------------------|
| Land/PLZ/Ort/Straße/Hausnummer |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

EREIGNISSCHILDERUNG

(Bitte um genaue Sachverhaltsschilderung und Beilage wesentlicher Unterlagen, z.B. Rechnungen, Belege, etc.)

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Behördlich aufgenommen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Von wem? <input type="text"/> |
| Geschäftszahl: <input type="text"/> |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| Wurde jemand verletzt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------|

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Besteht für dieses Ereignis eine weitere Versicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| |
|---------------------------------------------------------------------------|
| Wenn JA, bei welcher Gesellschaft und Polizzenummer: <input type="text"/> |
| Pol. Nr.: <input type="text"/> |

STRAF- UND FÜHRERSCHEIN-RECHTSSCHUTZ

| | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Ist ein Straf-, Führerscheinverfahren bereits eingeleitet? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen <input type="text"/> |
| Sind gerichtliche/behördliche Bescheide zugeworfen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (ggf. Fotokopien beifügen) |
| Wann wurde der Bescheid zugeworfen? | <input type="text"/> |
| Wurde hingegen Einspruch oder Widerspruch eingelegt (wann)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/> |

**Hinweis: Für die Einhaltung von Fristen hat der Versicherte selbst zu sorgen
SCHADENERSATZ-, (KFZ-)VERTRAGS-, ARBEITS-, SOZIALGERICHTS-, ERB- UND
FAMILIEN-RECHTSSCHUTZ**

| | |
|---------------------------------------------|----------------------|
| Wer macht Ansprüche geltend: | <input type="text"/> |
| Gegen wen werden Ansprüche geltend gemacht: | <input type="text"/> |
| Art und Höhe der Forderung: | <input type="text"/> |
| Wann war die Forderung fällig: | <input type="text"/> |

VERTRAGS-RECHTSSCHUTZ

Bei welchem Vertrag entstand der Streit (z.B. Kauf, Darlehen, etc.):

Wann entstand der Streit (bei Gewährleistungsansprüchen: Datum der Übergabe):

GRUNDSTÜCKEIGENTUMS- und MIET-RECHTSSCHUTZ

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welches Objekt ist betroffen (genaue Bezeichnung von Grundstück, Gebäude und Gebäudeteil nach Ort, Straße, Hausnummer, Stockwerk, Grundbuchdaten) | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |
| Sind Sie betroffen als | <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> Mieter |
| Geht es um | <input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> Mieterhöhung <input type="checkbox"/> Sonstiges |

(ggf. bitte Fotokopien des Schriftwechsels beifügen)

FIRMEN-RECHTSSCHUTZBitte geben Sie die aktuelle Beschäftigungszahl an:

Bemerkungen und Wünsche:

Für zusätzliche Informationen verwenden Sie bitte ein Beiblatt.

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgetreu erfolgt.

Ich ermächtige die Versicherungsgesellschaft sowie deren Vertreter, alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in alle Schaden betreffenden Akte Einsicht zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers