

Rechtsschutz - Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft:	Polizzenummer:
----------------------------	----------------

VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers/Firma
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer
Telefonnummer:

WANN IST DAS EREIGNIS EINGETRETEN?

Datum:	Uhrzeit:
--------	----------

EREIGNISORT

Land/PLZ/Ort/Straße/Hausnummer

EREIGNISSCHILDERUNG

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

Behördlich aufgenommen? Geschäftszahl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Von wem?
Wurde jemand verletzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht für dieses Ereignis eine weitere Versicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn JA, bei welcher Gesellschaft und Polizzenummer: Pol.Nr.:			

STRAF- UND FÜHRERSCHEIN-RECHTSSCHUTZ

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

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:	
Gegen wen werden Ansprüche geltend gemacht:	
Art und Höhe der Forderung:	
Wann war die Forderung fällig:	

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)	
--	--

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-RECHTSSCHUTZ

Bitte 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