

Schadensmeldung Rechtsschutz

Versicherungsvertrags-Nr. _____ Schadens-Nr. _____

| | |
|---------------------------------------------------|----------|
| Versicherungsnehmer: Titel, Vorname, Familienname | Beruf: |
| PLZ, Ort, Straße, Nr. | Telefon: |

Ereignis:

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|
| Datum: | Uhrzeit: | Ort: |
| Aufnahme des Tatbestandes durch Polizei <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja in: | | |
| Wurde ein Strafverfahren eingeleitet <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | Geschäftszahl: |
| Wer trägt an diesem Ereignis Schuld und warum? | | |
| Zeugen des Ereignisses (Bei Kfz: Insassen des eigenen Fahrzeuges bitte unterstreichen) Name, Anschrift, Telefon: | | |

Genaue Schilderung des Sachverhaltes mit Skizze – bitte Unterlagen wie Strafverfügung, Bescheide etc. in Kopie beilegen.

Versicherungsvertrags-Nr. _____

Schadens-Nr. _____

Wer verschuldete Ihrer Ansicht nach den Schaden? Name, Anschrift, Alter

Wie hätte der Gegner den Vorfall verhindern können?

Verletzung oder Tötung

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Name | Insasse des eigenen Fahrzeuges <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Geburtsdatum |
| Anschrift: | | |
| Angegurtet/Sturzhelm <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Art der Verletzung | |

Welche (Ersatz-) Ansprüche stellen Sie?

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Reparatur- bzw. Wiederbeschaffungskosten: | Wertverminderung: |
| Verdienstausfall: | Personenschaden: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Sonstiges: | |
| Sind Sie zum Vorsteuerabzug hinsichtlich Ihrer beschädigten Sachen berechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |

Nur für Kfz-Rechtsschutz und Lenker-Rechtsschutz**Angaben zum eigenen Fahrzeug**

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Art, Fabrikat, Type | Behördl. Kennzeichen |
| Kfz-Haftpflichtversicherung bei: | Vertrag- Nr.: |
| Welche Teile wurden beschädigt? | Wie hoch ist der Schaden zu schätzen? |
| Lenker des Fahrzeuges: Name, Anschrift | Geburtsdatum: |
| Bei Lenkerrechtsschutz: Halter des Fahrzeuges: Name, Anschrift | |
| Besteht eine Kfz-Rechtsschutzversicherung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Versicherungsgesellschaft: | Vertrag-Nr.: |

Angaben zum fremden Fahrzeug

| | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| Art, Fabrikat, Type | Behördl. Kennzeichen |
| Kfz-Haftpflichtversicherung bei: | Vertrag- Nr.: |
| Welche Teile wurden beschädigt? | Wie hoch ist der Schaden zu schätzen? |
| Lenker des Fahrzeuges: Name, Anschrift | Geburtsdatum: |
| Halter (wenn nicht Lenker): Name, Anschrift | |

Vorstehende Fragen wurden wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet. Ich ermächtige die Wüstenrot Versicherungs-AG, Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen und bei Polizei, Gerichten und Verwaltungsbehörden einzuholen, Einsicht in die Akte zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge daraus anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Berater:

A