


RECHTSSCHUTZ – SCHADENSMELDUNG

Vermittler: Jirout & Partner GmbH, Teinfaltstraße 9/4a, 1010 Wien, Tel.: 01/532 07 50, Fax: .: 01/532 07 50 30

| | | | |
|---------|---------------------|-------------|---|
| | Versicherungsnehmer | Versicherer |  <small>VERSICHERUNGSMAKLER UND -BERATER</small> Jirout & Partner |
| Name 1 | | | |
| Name 2 | | | |
| Straße | | | |
| Ort | | | |
| Telefon | | | |
| Fax | | | |

| | |
|--------------------|--------------------|
| Schaden-Nr: | Pol.Nummer: |
|--------------------|--------------------|

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

Art der Rechtsschutzversicherung:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|---------------|---------------------------------|
| Schadensdatum | Aufnehmende Polizeidienststelle |
| | |

Schadensort

| |
|--|
| |
|--|

Zeugen – Name, Anschrift, Telefon

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Wurde ein Alko - Test vorgenommen? | nein ja |
|------------------------------------|--------------|

| | |
|---------------------|--------------|
| Führerscheinabnahme | nein ja |
|---------------------|--------------|

Genau Sachverhaltsdarstellung

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|---|--------------|
| Wurde zur Vermeidung drohenden Rechtsverlustes bzw. wegen Gefahr im Verzug bereits ein Rechtsanwalt beauftragt? | nein ja |
|---|--------------|

Gewünschter Rechtsanwalt

| |
|--|
| |
|--|

Daten der Beteiligten bei KFZ-Unfällen

| Name/Anschrift | Kennzeichen | Marke/Type | Versicherung |
|----------------|-------------|------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Wurde ein Strafverfahren eingeleitet? | nein ja |
|---------------------------------------|--------------|

Ergänzungen

| |
|--|
| |
|--|

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 ermächtigt, eine Abschrift der /des Krankengeschichte /Ambulanzprotokolls obigen Vorfall betreffend zu beschaffen.

| | |
|------------|--|
| | |
| Ort, Datum | Unterschrift des VN od. Bevollmächtigten |