RECHTSSCHUTZ – SCHADENSMELDUNG

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

	Versicherungsnehmer	Versicherer
Name 1		
Name 2		
Straße		
Ort		
Telefon		
Fax		

VMB
VERSICHERUNGSMAKLER UND -BERATER
Jirout & Partner

Schaden-Nr:		***Pol.Nummer:***	

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

Art der Rechtschutzversicherung:	
Schadensdatum	Aufnehmende Polizeidienststelle
Schadensort	
Zeugen – Name, Anschrift, Telefon	
Wurde ein Alko - Test vorgenommen?	○ nein ○ ja
Führerscheinabnahme	○ nein ○ ja
Genaue 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 ermächtige, eine Abschrift der /des Krankengeschichte /Ambulanzprotokolls obigen Vorfall betreffend zu beschaffen.

Wien,	
Ort, Datum	Unterschrift des VN od. Bevollmächtigten

Als E-Mail versenden