

## Schadensmeldung Rechtsschutz

Versicherungsvertrags-Nr. \_\_\_\_\_ Schadens-Nr. \_\_\_\_\_

|  |          |
|--|----------|
| <b>Versicherungsnehmer:</b> 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?   |                               |                             |                |
| <b>Zeugen des Ereignisses</b> (Bei Kfz: Insassen des eigenen Fahrzeuges bitte unterstreichen)<br>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<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Geburtsdatum |
| Anschrift:  |   |              |
| Angegurtet/Sturzhelm<br><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:                         |
| <b>Bei Lenkerrechtsschutz:</b> 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:                         |
| <b>Halter</b> (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 |
|----------|---|