



Pyhrnstrasse 16, A-4553 Schlierbach
 Tel. Nr.: 07582/61761-380, Fax Nr.: 07582/61761-399
 E-Mail: office@tvm.at
www.tvm.at

RECHTSSCHUTZ - SCHADENSMELDUNG

Versicherungsnehmer		Versicherer		Vermittler	
Name 1					
Name 2					
Straße					
Ort					
Telefon					
Fax					
Schaden- Nr:				Pol. Nummer:	
Versicherungsnehmer (Name, Anschrift):			Mitversicherte Person (Name, Anschrift):		
Geburtsdatum	Beruf	Geburtsdatum	Beruf	Telefon (8-6Uhr)	
Art der Rechtsschutzversicherung:					
Datum des Schadensfalles:			Aufnehmende Polizeidienststelle		
Unfallort					
Zeugen:					
Wurde ein Alko - Test vorgenommen?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Führerscheinabnahme:		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	

Bericht über den Schadensfall (ev. mit Skizze)

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.

Ort, Datum	Unterschrift des VN od. Bevollmächtigten

Gegen wen bzw. von wem wird der Anspruch erhoben:

--

Einschaltung des Rechtsanwaltes:

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

Gewünschter Rechtsanwalt:

--

Bei KFZ- Unfällen Name, Anschrift und Daten der Beteiligten:

A) Name und Anschrift:	
Kennzeichen:	Versicherung:
Marke/Type:	Fahrgestellnummer:
B) Name und Anschrift:	
Kennzeichen:	Versicherung:
Marke/Type:	Fahrgestellnummer:
C) Name und Anschrift:	
Kennzeichen:	Versicherung:
Marke/Type:	Fahrgestellnummer:

Strafverfahren:

Wurde im Zusammenhang mit dem Schadensfall ein Strafverfahren eingeleitet: ja nein

Welche Gendarmerie bzw. Polizeidienststelle oder Behörde ist mit dem Fall befaßt:

--

Bemerkungen:

--

SCHADENERLEDIGUNG

Zurück an:

Vermittler:

Wir bitten Sie, dieses Formblatt nach Anlage des Schadenaktes ausgefüllt an obige Adresse zu retournieren, damit wir diese notwendigen Daten in der EDV verarbeiten können.

Versicherer:
Versicherungsnehmer:
Sparte:
Schadendatum:
Schadenart:
Polizzenummer:

Bitte vom Versicherer ausfüllen!

SachbearbeiterIn:	
Schadennummer:	
Entschädigungssumme:	
Datum der Entschädigung:	
Entschädigung an:	