

RECHTSSCHUTZ-SCHADENMELDUNG



POLIZZEN-NR./SCHADEN-NR.:

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Zuname, Titel, Vorname	Geburtsdatum	Telefonnummer
Straße, Platz, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

2. ANGABEN ZUM SCHADENEREIGNIS

Ereignisort	Datum	Uhrzeit
Ausführliche Schilderung des Schadenereignisses		
Behördliche Aufnahme: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wo und gegen wen ist ein Verfahren anhängig?		
Wen trifft das Verschulden?		

3. BERATUNGS-RECHTSSCHUTZ

Beratungsgrund	Wunschanwalt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Anschrift
----------------	---	-----------------

4. FAHRZEUGDATEN

Art (Pkw, LKw, Krad)	Marke, Type	Kennzeichen	Fahrgestellnummer
Haftpflichtversicherung bei: Besteht eine Kaskoversicherung (Teil-/Vollkasko)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

5. EIGENTÜMER (Halter)

Zuname, Vorname	Straße, Platz, Hausnummer	Postleitzahl	Geschah die Fahrt mit Ihrem Wissen und Willen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-----------------	---------------------------	--------------	---

6. LENKER

Zuname, Vorname	Straße, Platz, Hausnummer	Postleitzahl	Geburtsdatum	
FÜHRERSCHEINDATEN				
Behörde	Ausstellungsdatum	Nummer	Gruppen	Geschah die Fahrt mit Ihrem Wissen und Willen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde dem Lenker wegen dieses Vorfalls der Führerschein entzogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				Warum?

7. DATEN DES SCHADENSTIFTERS

Name	Adresse			
Bei Verkehrsunfällen – Daten des Fahrzeuges Art (PKW, LKW, Krad)	Marke, Type	Kennzeichen	Haftpflichtversicherung	Polizzenummer

8. ZEUGEN

Name	Adresse
1.	
2.	
3.	
4.	

9. SACHSCHADEN

Name	Höhe des Schadens	
1.		
2.		
3.		
4.		
Bei Verkehrsunfällen Wann und wo kann Ihr KFZ besichtigt werden?	Ist Ihr Fahrzeug geleast? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Leasinggesellschaft

10. PERSONENSCHADEN

Name	Adresse	Art der Verletzungen
1.		
2.		
3.		
4.		

11. RECHTSANWALTSWUNSCH

Überlassen Sie die Wahl eines Rechtsanwalts zur Vertretung Ihrer Interessen uns oder wünschen Sie einen bestimmten im Gerichts-(Verwaltungs-) Bezirk ansässigen Rechtsanwalt Ihres Vertrauens? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Beauftragung des Rechtsanwaltes erfolgt durch die VAV Versicherungs-Aktiengesellschaft

12. BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

ACHTUNG: Wenn Sie oder eines Ihrer Organe (Lenker usw.) ein Strafverfahren erhalten, setzen Sie sich bitte unverzüglich mit uns in Verbindung. Besteht die Gefahr, dass die Einspruchsfrist versäumt wird, erheben Sie bitte zeitgerecht (lt. Rechtsmittelbelehrung) Einspruch, falls Sie sich schuldlos fühlen (eventuell unter Beiziehung eines Rechtsanwaltes).

Ich (Wir) ermächtige(n) die VAV Einsicht in alle den gegenständlichen Vorfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, etc.) zu nehmen.

Unterschrift des Lenkers

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers