

<b>Versicherungsscheinnummer:</b>	<h2>Schadenanzeige Rechtsschutz</h2>
<b>Schadennummer:</b>	

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
 bitte senden Sie diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt an Ihre/n MLP-Berater/-in bzw. direkt an die jeweilige Versicherungsgesellschaft zurück.  
 Vielen Dank.

Versicherer: \_\_\_\_\_

### A. Angaben zur versicherten Person:

Vor- und Nachname des Versicherungsnehmers:	Geburtsdatum:
Wohnort (PLZ, Ort, Straße):	Beruf:
Land:	Telefonnummer (tagsüber und / oder privat):
Fax-Nummer / E-Mail-Adresse:	Selbstbehalt:
Bankverbindung (für Entschädigungszahlung per Überweisung): Kontoinhaber/in (Nachname, Vorname):	IBAN:
Name des Geldinstituts:	BIC:
Anschrift Kontoinhaber (falls abweichend vom Versicherungsnehmer):	

### B. Der Schadenfall entstand durch:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Straf-/ Bußgeldsache     | <input type="checkbox"/> Arbeitsrechtssache                                    |
| <input type="checkbox"/> KFZ-Vertragssache        | <input type="checkbox"/> Mietsache   |
| <input type="checkbox"/> Grundstückssache         | <input type="checkbox"/> Steuersache   |
| <input type="checkbox"/> Schadenersatzsache       | <input type="checkbox"/> Führerscheinsache                                     |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Vertragssache | <input type="checkbox"/> Sache mit Kranken-, Renten-, Arbeitslosenversicherung |

### C. Angaben zum Schadenhergang:

1. Datum des Schadentages bzw. streitauslösenden Rechtsverstoßes? \_\_\_\_\_
2. Schadenforderung: \_\_\_\_\_ EUR
3. Wurde der Schaden polizeilich gemeldet?     ja     nein  
 Dienststelle / Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

4. Wer soll Versicherungsschutz erhalten?
- Versicherter selbst       mitversicherte Person      (Name, Anschrift, Beruf): \_\_\_\_\_
- Ehegatte des Versicherten       Kind des Versicherten      (Name und Alter): \_\_\_\_\_
- Arbeitnehmer des Versicherten       Sonstige Person      (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_
5. Wollen Sie oder die mitversicherte Person eigene Schadenersatzansprüche geltend machen?
- nein       ja, in Höhe von: \_\_\_\_\_ EUR (Bitte Belege beifügen)
- Wegen folgendem Schaden: \_\_\_\_\_
- Schädiger (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_
6. Wollen Sie oder die mitversicherte Person Schadenersatzansprüche der Gegenseite abwehren?
- nein       ja, in Höhe von: \_\_\_\_\_ EUR
- Wegen: \_\_\_\_\_
- Anspruchsteller (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_
7. Bei Straf- oder Bußgeldverfahren
- Ermittlungsverfahren wegen: \_\_\_\_\_
- Ermittelnde Behörde: \_\_\_\_\_
- (Bedenken Sie die zweiwöchige Einspruchsfrist nach Zustellung des Strafbefehls bzw. Bußgeldbescheids)
8. Bei sonstigen Rechtsangelegenheiten (bitte die Verträge, amtliche Bescheide und den wesentlichen Schriftwechsel beifügen)
- Genau Bezeichnung: \_\_\_\_\_
- Name und Anschrift des Gegners: \_\_\_\_\_
9. Gibt es Zeugen?     nein       ja (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_
- 

**D. Bitte geben Sie uns eine ausführliche Schadensschilderung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## F. Bei KFZ-Vertragssachen:

1. Fahrzeugart (z.B. PKW, LKW, Bus)?: \_\_\_\_\_
2. Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_
3. Ist das betroffene Fahrzeug auf den Versicherungsnehmer zugelassen?  ja, wann? \_\_\_\_\_  nein
4. Falls nein, auf wen ist das Fahrzeug zugelassen (Name und Anschrift)? \_\_\_\_\_
5. Besteht für das Fahrzeug bzw. dessen Fahrer anderweitig Versicherungsschutz?  ja  nein  
Versicherer: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_
6. Wer lenkte das Fahrzeug zur Zeit des Versicherungsfalles (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_
7. Welchen Führerschein besitzt der Fahrzeuglenker?  
Klasse: \_\_\_\_\_ Ausstellungstag: \_\_\_\_\_ Behörde: \_\_\_\_\_
8. Fuhr der Fahrer mit Einverständnis des Fahrzeughalters?  ja  nein
9. Wie viele Fahrzeuge waren im Zeitpunkt des Versicherungsfalles auf den Versicherungsnehmer zugelassen? \_\_\_\_\_
10. Welches Fahrzeug fuhr der Unfallgegner? \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift: \_\_\_\_\_  
Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Halter des Fahrzeuges (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_  
Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

---

## G. Sonstige Angaben:

1. Besteht noch eine weitere Rechtsschutzversicherung?  ja  nein  
 für das Fahrzeug  für den Fahrer  für den Arbeitgeber  für den Arbeitnehmer  
 über die Gewerkschaft  
Name des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_
  2. Haben Sie schon einen Rechtsanwalt beauftragt?  nein  ja (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_
  3. Überlassen Sie dem Versicherer die Auswahl des Rechtsanwaltes?  ja  nein
  4. Welcher Rechtsanwalt soll in Ihrem Namen beauftragt werden (Name und Anschrift)? \_\_\_\_\_  
(bei Schäden im Ausland kann auf Kosten des Versicherers nur ein Anwalt im Ausland beauftragt werden)
-

## Erklärung des Versicherungsnehmers

Es besteht die vertragliche Obliegenheit uns alle Auskünfte zu erteilen und Belege zur Verfügung zu stellen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht sowie zur Aufklärung des Tatbestands erforderlich sind. Vorsätzlich wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachte Angaben können zur Kürzung der Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens führen. Dies gilt nicht, soweit Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Die in dieser Schadenanzeige enthaltenen Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Für die Richtigkeit der Antworten übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person die alleinige Verantwortung.

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die Versicherungsgesellschaft zum Zwecke der Schadenbearbeitung erkläre ich mich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehende Belehrung selbst gelesen und verstanden zu haben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift MLP Berater/-in / MLP-Geschäftsstelle

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Versicherungsnehmers