



Versicherungsbüro
HÖSSINGER
3107 St.Pölten, Mühlweg 96
Tel.02742 / 219 66 - 0
Fax.02742 / 219 66 40

Versicherungsgesellschaft:

Polizzenummer:

Schadennummer:

RECHTSSCHUTZMELDUNG: (nicht für KFZ-Unfälle)

VERSICHERUNGSNEHMER

Bitte in Blockschrift schreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen!

Vor- und Zuname, Adresse

Telefonnummer zwischen 8.00 und 16.000 Uhr

Beruf

selbstständig
 JA NEIN

Bei Betrieben: Art des Unternehmens

Anzahl der Beschäftigten

Bei Landwirtschaftlichen Betrieben:

_____ ha Kultur und Wiesen _____ ha Wald, Park und Heidefläche _____ ha Ödland, Gewässer

Bankinstitut

BLZ:

Kontonummer:

Sind Sie Vorsteuerabzug berechtigt

NEIN JA teilweise- in welchem Umfang _____ %

WER BEANSPRUCHT DIE VERSICHERUNGSLEISTUNG?

Vor- und Zuname, Adresse

Geburtsdatum

Beruf

Angehörigkeit

KFZ - VERTRAGSRECHTSSCHUTZ

Fahrzeugart

Behördliches Kennzeichen

Datum des Kaufvertrags

ALLGEMEINER VERTRAGS - RECHTSSCHUTZ

Offene Rechnung

Gewährleistung / Garantie

Sonstiges

ARBEITSGERICHTS - RECHTSSCHUTZ

In welchem dienstrechtlichen Verhältnis stehen Sie zum Anspruchsteller / Zahlungspflichtigen?

Beginn des Dienstverhältnisses

Ende des Dienstverhältnisses

Per.

Kündigung

Entlassung

Sonstiges

SOZIALVERSICHERUNGS - RECHTSSCHUTZ

Bezeichnung und Anschrift des zuständigen Sozialversicherungsträgers

Grundstückeigentums und Mietenrechtsschutz

Anschrift des vom Streitfall betroffenen, eigenen Grundstücks / Haus / Wohnung

BERATUNGS – RECHTSSCHUTZ: Beratung durch einen Österreichischen Rechtsanwalt

PRIVAT-, BERUFS-, BETRIEBSBEREICH: Schadenersatz und Strafrechtsschutz

ERB- UND FAMILIENRECHTSSCHUTZ

Bitte wenden!

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSFALL:

Datum des Versicherungsfalles		
Vor- und Zuname des Gegners / Firma		
Adresse des Gegners / Firma		
Welche Belege sind vorhanden? – Bitte beilegen! <input type="checkbox"/> Korrespondenzen <input type="checkbox"/> Rechnungen <input type="checkbox"/> Verträge <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Sind bereits gerichtliche Schritte eingeleitet worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von wem?		
Ist bereits ein Gerichtstermin anberaumt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Datum: _____ Bitte Ladung, Klage beilegen!		
Liegt ein behördlicher Bescheid vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Aktenzahl _____ Bitte beilegen! <input type="checkbox"/> Zugestellt am: _____		
Voraussichtliche Höhe des strittigen Betrages:		
Bitte schildern Sie vorliegenden Sachverhalt so detailliert wie möglich:		

Vorstehende Fragen wurden wahrheitsgetreu und nach besten Wissen beantwortet.

EINSICHTSERMÄCHTIGUNG:

Schadensnummer	Polizzennummer	
Der Gefertigte ermächtigt die Versicherung oder den ausgewiesenen Vertreter in die behördlichen Aufzeichnungen, die auf seinen Vorfall Bezug haben, Einsicht zu nehmen und davon Abschriften zu machen, sowie alle notwendigen Erhebungen bei der Polizei, Gendarmerie und bei Gerichten vorzunehmen.		
Ort, Datum	Unterschrift der mitversicherten Person	Unterschrift des Versicherungsnehmers