

Versicherer: _____	Schadenanzeige Rechtsschutz
Versicherungsnummer: _____	

Sehr geehrter MLP-Kunde,
 von Ihrem Schadenfall erhielten wir Kenntnis. Bitte senden Sie diese Schadenanzeige vollständig ausgefüllt an Ihre(n) MLP
 Berater(in) zurück.
 Vielen Dank.

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: Name des Geldinstitutes: Kontoinhaber:	Konto-Nr: BLZ:

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)

Genaue Bezeichnung: _____

Name und Anschrift des Gegners: _____

9. Gibt es Zeugen? nein ja (Name und Anschrift): _____

D. Bitte geben Sie uns eine ausführliche Schadenschilderung:

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)

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die MLP Finanzdienstleistungen AG und den jeweiligen Versicherern, zum Zwecke der Schadenbearbeitung, erkläre ich mich einverstanden.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Erklärung des Versicherungsnehmers

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, und zwar auch dann, wenn dem Versicherer dadurch keine Nachteile entstehen.

Name des MLP Beraters / der MLP Geschäftsstelle

Ort, Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers