

GESCHÄDIGTENFRAGEBOGEN

Az.:
Kd.-Nr.:

A. Halter des beschädigten Fahrzeuges

Name, Vorname*:

Anschrift*:

Telefon / Fax*:

Email-Adresse:

Bankverbindung*:

Rechtsschutzversicherung:

Eigentümer des Fahrzeuges (Wichtig bei Leasing od. Finanzierung):

Vorsteuerabzugsberechtigung des Halters*: ja nein

Sind (von einem Arzt begutachtete) Verletzungen aufgetreten?: ja nein

B. Fahrzeugschaden

Amtliches Kennzeichen*:

Marke / Fabrikat:

Es wurde erstellt: Sachverständigengutachten Kostenvoranschlag Reparaturrechnung mit Bildern

Teilkasko: ja Selbstbeteiligung €

Vollkasko: ja Selbstbeteiligung €

C. Unfallgeschehen

Unfallort*:

Unfalltag / Unfallzeit*:

Name und Anschrift

von Unfallzeugen:

Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen: ja nein

Polizeidienststelle:

Aktenzeichen / Tagebuchnr.:

D. Unfallgegner/Schädiger (Angaben soweit bekannt)

Name, Vorname:

Anschrift:

Amtliches Kennzeichen*:

Telefon / Fax:

Versicherung:

Versicherungsscheinnr. / Schadenr.:

(Mit * gekennzeichnete Felder sind für eine schnelle Bearbeitung unbedingt auszufüllen)

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

E. Personenschäden

Name, Vorname des/der Verletzten:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Zahl und Alter der Kinder:

Beruf:

Selbstständig ja nein

Monatl. Nettoeinkommen: € ja nein

Vorsteuerabzugsberechtigung d. Anspruchstellers: ja nein

Bankverbindung:

Name und Anschrift

des Arbeitgebers:

Art und Umfang der Verletzung:

Krankenhausaufenthalt: von bis

Name und Anschrift

des Krankenhauses:

Behandelnder Arzt:

Ambulant behandelnde Ärzte

Name(n) und Anschrift(en):

Krankschreibung: ja vom bis vorauss. nein

Krankenkasse des Verletzten:

Berufs- oder Wegeunfall: ja nein

Zuständige Berufsgenossenschaft:

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erteile ich sämtlichen Ärzten, die mich aufgrund des Unfallereignisses vom aus Anlass der Folgen behandelt haben und behandeln werden Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungen

- den beteiligten Gerichten

- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen nur schriftlich erteilen und davon jeweils eine Kopie den von mir beauftragten

Rechtsanwalt : &

Planetenring 29, 30823 Garbsen (Tel.: 05137 / 120-20, Fax: 05137 / 120-222)

zu senden.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)