

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: €

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

Rechtsanwälten Mielchen & Coll.

Osterbekstraße 90c, 22083 Hamburg (Tel.: 040 / 414 96 18-0, Fax: 040 / 414 96 18-30)

zusenden.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)
