

**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  ja  nein

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 dem von mir beauftragten Anwalt zusenden.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

---