



GESCHÄDIGTENFRAGEBOGEN

Az.: _____
Kd.-Nr.: _____

A. Halter des beschädigten Fahrzeugs

Name, Vorname*: _____

Anschrift*: _____

Telefon/ Fax*: _____

Email-Adresse*: _____

Bankverbindung*: _____

Rechtsschutzversicherung: _____

Eigentümer des Fahrzeugs (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.: _____

Kurze Schilderung des Unfallhergangs evtl. Skizze:

D. Unfallgegner/ Schädiger (Angaben soweit bekannt)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Amtliches Kennzeichen*: _____

Telefon/ Fax: _____

Versicherung: _____

Versicherungsscheinnr./ Schadenr.: _____

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

Ich bin damit einverstanden, dass die Schulle Rechtsanwälte Partnerschaftsgesellschaft mbB den von mir beauftragten Reparaturbetrieb/Ersatzfahrzeugvermieter über den jeweiligen Stand der Unfallregulierung informiert.

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: _____ IBAN: _____

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(e)(n): _____

Krankschreibung: _____ ja nein
wenn ja vom: _____ bis voraus. _____

Krankenkasse des Verletzten: _____

Berufs- und Wegeunfall: _____

Zuständige Berufsgenossenschaft: _____

Schweigepflichtsentbindungserklärung

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
- Gerichten
- Rechtsanwälten/ Rechtsanwältinnen

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

Schulle Rechtsanwälte Partnerschaftsgesellschaft mbB, Heidenheimer Straße 11-15, 73447 Oberkochen,
Tel.: 07364/ 4104140, Fax: 07364/ 4104141, E-Mail: info@schulle-rae.de)

zusenden.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift