

Geschädigtenfragebogen

Seite 1 von 2

Mit * gekennzeichnete Felder sind für eine schnelle Bearbeitung unbedingt auszufüllen!

Unser Aktenzeichen:

A. Halter des beschädigten Fahrzeugs

Name, Vorname*:	<input type="text"/>
Anschrift*:	<input type="text"/>
Telefon/Fax*:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>
Bankverbindung*:	IBAN <input type="text"/>
	BIC <input type="text"/>
Rechtsschutzversicherung:	<input type="text"/>
Eigentümer des Fahrzeugs: (wichtig bei Leasing/Finanzierung)	<input type="text"/>
Ist der Halter vorsteuerabzugsbe- rechtigt?*	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind (von einem Arzt begutachtete) Verletzungen aufgetreten?:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

B. Fahrzeugschaden

Amtliches Kennzeichen*:	<input type="text"/>
Marke/Fabrikat:	<input type="text"/>

Erstellt wurde:

Sachverständigengutachten Kostenvoranschlag Reparaturrechnung mit Bildern

Teilkasko: ja Selbstbeteiligung: €

Vollkasko: ja Selbstbeteiligung: €

C. Unfallgeschehen

Unfallort*:	<input type="text"/>
Name und Anschrift:	<input type="text"/>
Unfalltag/Unfallzeit*:	<input type="text"/>
Unfallzeugen:	<input type="text"/>
Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Polizeidienststelle:	<input type="text"/>
Aktenzeichen/Tagebuchnummer:	<input type="text"/>

Geschädigtenfragebogen

Seite 2 von 2

D. Unfallgegner/Schädiger (Angaben soweit bekannt)

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Amtliches Kennzeichen:	
Telefon/Fax:	
Versicherung:	
Versicherungsschein-/ Schadenummer:	

E. Personenschäden ja nein

Name, Vorname des/der Verletzten:			
Anschrift:			
Geburtsdatum:			
Familienstand:			
Zahl und Alter der Kinder:			
Versicherungsschein-/ Schadenummer:			
Beruf:			
Selbstständig:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
monatliches Nettoeinkommen:	€		
Bankverbindung:	IBAN		
	BIC		
Vorsteuerabzugsberechtigung d. An- spruchstellers:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Name u. Anschrift d. Arbeitgebers:			
Art und Umfang der Verletzung:			
Krankenhausaufenthalt:	von		bis
Name u. Anschrift d. Krankenhauses:			
Behandelnder Arzt:			
Ambulant behandelnde Ärzte Name(n) und Anschrift(en):			
Krankschreibung:	ja <input type="checkbox"/>	von	bis vorauss.
	nein <input type="checkbox"/>		
Krankenkasse des Verletzten:			
Berufs- oder Wegeunfall:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Zuständige Berufsgenossenschaft:			