

Geschädigtenfragebogen Teil 1

(mit * gekennzeichnete Felder sind für die Bearbeitung unbedingt auszufüllen)

ANWALTSKANZLEI
DIRK ARINGHOFF & MICHAEL BRAEMER
FACHANWÄLTE FÜR VERKEHRSRECHT
HOHENFELDER STRASSE 17
22087 HAMBURG
TELEFON: 040 / 25 49 08 00
TELEFAX: 040 / 25 49 34 31
MAIL: damb@rae-hamburg-ost.de

1. Halter des beschädigten Fahrzeuges

Name, Vorname*: _____

Anschrift* : _____

Telefon / Fax*: _____ Email-Adresse: _____

Bankverbindung*: _____

Rechtsschutzversicherung: _____ Nr.: _____

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

Vorsteuerabzugsberechtigung des Halters*: ja nein

Sind (von einem Arzt begutachtete) Verletzungen aufgetreten: ja (dann bitte auch den Teil 2 ausfüllen)
nein

2. Fahrzeugschaden

amtliches Kennzeichen*: _____ Marke/Fabrikat: _____

Vollkasko ja Selbstbeteiligung: € _____

Es wurde erstellt:

Sachverständigengutachten Kostenvoranschlag Reparurrechnung mit Bildern

3. Unfallgeschehen

Unfallort*: _____

Unfalltag:/ Unfallzeit*: _____

Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen: ja nein

Polizeidienststelle: _____

Aktenzeichen/Tagebuchnummer: _____

Name und Anschrift von Unfallzeugen: _____

4. Unfallgegner / Schädiger (Angaben soweit bekannt)

Name, Vorname: _____

Anschrift : _____

amtliches Kennz.*: _____ Telefon / Fax: _____

Versicherung: _____

Versicherungsscheinnummer./ Schadennummer: _____

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht und ich wünsche die Unfallabwicklung durch einen Anwalt.

Ort/Datum

Unterschrift

Geschädigtenfragebogen Teil 2

ANWALTSKANZLEI
DIRK ARINGHOFF & MICHAEL BRAEMER
FACHANWÄLTE FÜR VERKEHRSRECHT
HOHENFELDER STRASSE 17
22087 HAMBURG
TELEFON: 040 / 25 49 08 00
TELEFAX: 040 / 25 49 34 31
MAIL: damb@rae-hamburg-ost.de

5. Personenschäden

Name, Vorname des/der Verletzten _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Zahl und Alter der Kinder _____

Beruf _____ selbständig ja nein

Bankverbindung: Bank: _____ Kto.: _____ BLZ _____

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) _____

Anschrift(en) _____

Krankschreibung ja nein vom _____ bis voraussichtlich _____

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,

die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungen
- den beteiligten Gerichten
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht und ich wünsche die Unfallabwicklung durch einen Anwalt.

Ort/Datum

Unterschrift