

Abgebende Dienststelle	Sachbearbeiter, Telefonnummer
Aktenzeichen	

Landesamt für Finanzen

Abgabeschreiben zum Regress übergegangener Schadensersatzansprüche im Vollzug des Art. 14 BayBG und des § 6 EFZG

1. Verletzte Person:

Vorname, Nachname	PLZ, Ort, Straße
für Rückfragen telefonisch erreichbar unter:	
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in
Beschäftigungsdienststelle:	Geschäftszeichen Bezügestelle (OrgNr. + PersNr.)
Urlaubsanspruch für das Jahr in Kalendertagen:	
Entgeltzahlung aus <input type="checkbox"/> Landesmitteln <input type="checkbox"/> Bundesmitteln	
Besteht bzw. bestand auf Grund der unfallbedingten Verletzungen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von bis (ärztliche Bescheinigung(en) beifügen!)	

2. Art des Unfalls:

<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Dienst-/ Arbeitsunfall
<input type="checkbox"/> Kindergarten, Schul-, Hochschulunfall	<input type="checkbox"/> Wegeunfall zur/von Arbeitsstätte, Schule usw.
<input type="checkbox"/> Sportunfall	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall
<input type="checkbox"/> Unfall durch Tiere	<input type="checkbox"/> Unfall in öffentlichen Verkehrsmittel
<input type="checkbox"/> Überfall / Schlägerei	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, bitte genau bezeichnen

3. Unfallzeit (Datum und Uhrzeit) sowie genaue Bezeichnung des Unfallortes:

--

4. Welche Verletzungen wurden durch den Unfall verursacht?

--

5. Eingehende Unfallschilderung (ggf. gesondertes Blatt verwenden oder Unfallschilderung der geschädigten Person beifügen)

--

6. Schädiger:

Vorname, Nachname	PLZ, Ort, Straße
-------------------	------------------

7. Privathaftpflichtversicherung des Schädigers bzw. Haftpflichtversicherung des gegnerischen Kraftfahrzeuges:

Name	PLZ, Ort, Straße
Versicherungsschein- bzw. Schadennummer	

8. Zeugen:

Vorname, Nachname	PLZ, Ort, Straße
Vorname, Nachname	PLZ, Ort, Straße

9. Bei einem Verkehrsunfall

Fahrzeughalter (sofern nicht mit dem Schädiger identisch – Nr. 6):	
Vorname, Nachname	PLZ, Ort, Straße
Fabrikat, Typ und polizeiliches Kennzeichen der beteiligten Kfz:	
a)	Verletzte Person
b)	Unfallgegner

10. Bei einem Sportunfall

Bei welcher Sportart ereignete sich der Unfall?	
<input type="checkbox"/> Vereinssport	<input type="checkbox"/> Schulsport
<input type="checkbox"/> Betriebssport	<input type="checkbox"/> Privatsport
Liegt bei einem durch Dritten verursachten Sportunfall eine grobe Fahrlässigkeit bzw. ein grober Regelverstoß vor?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

11. Bei einem Unfall durch Tiere:

Welches Tier hat den Unfall bzw. die Verletzung verursacht:	
Tierhalter (sofern nicht mit dem Schädiger identisch – Nr. 6):	
Vorname, Nachname	PLZ, Ort, Straße

12. Bei einem Glätteisunfall (bitte stets Unfallort genau beschreiben und Skizze beifügen – s. Nrn. 3 und 5)

War der Unfallort zum Zeitpunkt des Sturzes geräumt und mit abstumpfenden Mitteln gestreut bzw. war dies überhaupt erforderlich?
Wem oblag die Räum- und Streupflicht am Unfallort?

13. Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Anschrift der Polizeidienststelle und Aktenzeichen:

14. Wurden staatsanwaltschaftliche Ermittlungen angestellt?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Zuständige Staatsanwaltschaft und Aktenzeichen:

15. Wurden Schadenersatzansprüche geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen:
In welchem Umfang wurde Ersatz geleistet?

16. Wurde ein Rechtsanwalt mit der Durchsetzung der Ansprüche der geschädigten Person beauftragt??

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Anschrift des Rechtsanwaltes und Aktenzeichen:

17. Ist bereits ein gerichtliches Verfahren für private Ansprüche anhängig?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Anschrift des Gerichts und Aktenzeichen:

Anlage(n)

- Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung(en) ab dem ersten Tag (zwingend vorzulegen)**
- Abtretungserklärung der geschädigten Person (nur Arbeitnehmer, zwingend vorzulegen)**
- Schweigepflichtentbindung der behandelnden Ärzte**
- weitere Anlagen:** _____

Ort, Datum

Unterschrift