

Checkliste Verkehrsunfall

Josef Tischler

Rechtsanwalt und Steuerberater
Fachanwalt für Steuerrecht
Fachanwalt für Familienrecht

Felix Tischler

Rechtsanwalt
Steuerberater

Johann Reiter

Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verkehrsrecht

Veronika Fischböck

Rechtsanwältin

Kanzlei Arnstorf

Pfarrkirchener Str. 3, 94424 Arnstorf
Tel.: 08723/9620-0
Fax: 08723/9620-30

Kanzlei Pfarrkirchen:

Steffelsöd 11, 84347 Pfarrkirchen
Tel: 08561/988770-0
Fax.: 08561/988770-5

Gegnerische Versicherung: _____

Anspruchsteller (Fahrzeughalter) : _____

Anschrift: _____

Fahrer (Name, Anschrift): _____

Name und Adresse des Unfallgegners: _____

1. Fahrzeughalter: _____

2. Fahrzeugführer: _____

Amtliches Kennzeichen: _____

Unfallort: _____

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Unfallschilderung mit Skizze (ggf. Rückseite verwenden):

Checkliste Verkehrsunfall

Andere Unfallbeteiligte (Name, Anschrift, amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs): _____

Unfallzeugen (Name, Anschrift): _____

Aufgenommen durch Polizeidienststelle?, wenn ja, Adresse, Sachbearbeiter: _____

Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

Beschädigtes Fahrzeug (Hersteller/Typ), amtl. Kennzeichen, Erstzulassung, Kilometerstand: _____

Eigentümer der beschädigten Sache: _____

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? Ja Nein

Voraussichtliche Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten (evtl. lt. Gutachten, lt. Kostenvoranschlag): _____

Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____ Tel.: _____

Gutachter? Name/Adresse: _____

Bei beschädigten Kraftfahrzeugen

Haftpflichtversicherung des eigenen Fahrzeugs, Versicherungsnummer: _____

Vollkaskoversicherung?: _____

Teilkasko-Versicherung?: _____

Rechtsschutz-/Verkehrsservice-Versicherung: _____ Nr.: _____

Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

1. Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Kinder (Zahl, Alter) _____

Ausgeübter Beruf: _____

Selbstständig: Ja Nein Monatl. Nettoeinkommen EUR: _____

Checkliste Verkehrsunfall

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja Nein

Von wem: _____ Monatl. EUR: _____

2. Art und Umfang der Verletzung:

Sicherheitsgurte angelegt? Ja Nein

Krankenhausaufenthalt von: _____ bis: _____

Krankenhaus (Name und Anschrift): _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja Nein Vom: _____ bis: _____

3. Krankenkasse des Verletzten _____

4. Handelt es sich um einen Berufsunfall bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit

Ja Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

Bei welcher Anstalt? _____

5. Wegen evtl. Haushaltsführungsschadens:

Wie viel Personen leben im Haushalt? _____ Wohnfläche der Wohnung/des Hauses: _____

Fläche Grund und Boden: _____ Wer ist für die Haushaltsführung zuständig: _____

Berufliche Tätigkeit des Ehepartners/Lebensgefährten: _____

Arnstorf, den _____ Unterschrift _____