

Briefanschrift:

BBV · Abt. 614 · 81732 München

Herrn/Frau/Firma



K

Bayerische Beamten Versicherungen
 Bayerische Beamten Versicherung AG

Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München, Tel. (089) 67 87-0, Fax (089) 67 87-6146
 e-mail: schaden@bbv.de
 Internet: www.bbv.de

| | | |
|--|----------------|---------------------------------|
| Außenstelle | Vermittler-Nr. | Name des Vermittlers |
| Versicherungsschein-/Schad.-Nr./Sachb. | | Bei Neuversicherung Antrag vom: |
| Versandt am: | | Von: |

SCHADEN-ANZEIGE

- Kraftfahrt-Haftpflicht**
= Fremdschaden
- Kasko** (Fahrzeugvoll-/teilvers.)
= eigenes Fahrzeug

Sehr geehrte BBV-Kundin, sehr geehrter BBV-Kunde, bitte füllen Sie diesen Vordruck aus und senden Sie ihn umgehend an unsere obige Briefanschrift (jeder Versicherungsfall ist nach § 7, I, 2 AKB innerhalb einer Woche zu melden). – **Auf folgendes müssen wir Sie nach der Rechtsprechung des BGH hinweisen: Unzutreffende oder unvollständige Angaben führen auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn dadurch dem Versicherer keine Nachteile entstehen.** Wenn Sie von den unfallbeteiligten Fahrzeugen Fotos angefertigt haben, senden Sie uns diese bitte zu. Geben Sie bei jedem Schriftwechsel unbedingt Ihre Versicherungs-Nr. an. Falls uns die notwendigen Angaben zum Schaden bereits vollständig gemacht wurden, erübrigt sich natürlich die Rücksendung dieses Formulars.

V = Versicherungsnehmer

| | | | |
|------------------------------|--|---------------------|-----|
| Zu-/Vorname | | Beruf/Betrieb | |
| Straße, Nr. | | Tel. privat: | |
| PLZ Ort | | Tel. Arbeitsstelle: | |
| Konto bei (nur im Kaskofall) | | Konto-Nr. | BLZ |

Fahrzeug V: Pkw Krad Lkw _____

| | | |
|----------------------------|-------------------|---|
| Fabrikat | Amtl. Kennzeichen | Baujahr |
| Fahrer: Zu-/Vorname | | Geburtsdatum |
| Anschrift | | Führerschein-Klasse(n) |
| Gültige Fahrerlaubnis | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|--|---|
| Enthält der Führerschein des Fahrers Fahrzeug V Einschränkungen oder Auflagen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Welche (z. B. Tragen einer Brille)? | |
| Wurden die Auflagen voll erfüllt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ist der Führerschein sichergestellt/entzogen worden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hatte der Fahrer innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholhaltige Getränke oder Medikamente/Drogen zu sich genommen? Wenn ja, unbedingt Art und Menge angeben. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Blutprobe erfolgt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ergebnis in Promille: |‰ |
| Wurde das Fahrzeug V mit Ihrem Wissen und Willen benutzt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Befand sich das Fahrzeug V in verkehrssicherem Zustand (Bremsen, Reifen, Lenkung usw.)? Welche Mängel lagen ggf. vor (z. B. unreparierte Vorschäden)? Angaben ggf. auf Beiblatt! | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Polizeiliche Schadenaufnahme? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Dienststelle | Tagebuch-Nummer |

Wurde ein Straf-/Bußgeldverfahren eingeleitet oder eine gebührenpfl. Verwarnung ausgesprochen? Gegen wen?

Geb. pfl. Verwarnung
 Bußgeldverfahren
 Strafverfahren

Zeugen? (Bitte genaue Anschriften)

G = Geschädigter/Unfallbeteiligter/Anspruchsteller

| | | | |
|------------------------------|--|---------------------|-----|
| Zu-/Vorname | | Beruf/Betrieb | |
| Straße, Nr. | | Tel. privat: | |
| PLZ Ort | | Tel. Arbeitsstelle: | |
| Konto bei (nur im Kaskofall) | | Konto-Nr. | BLZ |

Fahrzeug G: Pkw Krad Lkw _____

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| Fabrikat | Type | Baujahr (geschätzt) |
| Amtl. Kennzeichen | Schadenhöhe ca. bzw. Beschädigungen | |
| Wurden bereits Ansprüche geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Bitte skizzieren Sie die Anstoßrichtung und den Schadenbereich am Fahrzeug des Beteiligten G. | | |
| Weitere beteiligte Fahrzeuge? Welche (Kennzeichen)? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---|----------------|
| Schadentag | Uhrzeit |
| Schadenort/Straße (bitte genaue Bezeichnung) | |

Schadenursache/Unfallhergang
 (mit Angabe der Straßenverhältnisse, Verkehrszeichen usw.)

Bei Unfall möglichst Skizze (ggf. Beiblatt verwenden!)

Welcher Fahrzeugschaden ist an Ihrem (BBV-versicherten) Fahrzeug eingetreten?

geschätzt ca. **DM/EUR***

Spezielle Fragen für Unfall mit weiterem Beteiligten (Kraftfahrzeug-Haftpflicht-Schaden)

Verlangen Sie vom Unfallbeteiligten (G) oder anderen Ersatz Ihres eigenen Schadens – evtl. teilweise –? ja nein

Ihr Rechtsanwalt? (Name, Anschrift)

Wenn ja, bitte informieren Sie uns zu gegebener Zeit über das Ergebnis.

| | | | |
|--|-----------------------|-----------|------------------|
| Bei welcher Versicherung ist der Unfallbeteiligte (G) versichert? | Name der Gesellschaft | Anschrift | Vers.-Schein-Nr. |
| Welche Unfallbeteiligten sind mit Ihnen/Ihrem Fahrer verwandt oder verschwägert? | Name(n) | | |

Personenschaden: Bei mehreren Verletzten bitte Beiblatt verwenden! Nicht ausfüllen, wenn nur der Fahrer des BBV-versicherten Fahrzeuges verletzt wurde.

| | | | | |
|----------------------------|-------|-------|---------------|-----------------------------|
| Name der verletzten Person | Beruf | Alter | Familienstand | Anzahl und Alter der Kinder |
|----------------------------|-------|-------|---------------|-----------------------------|

| | |
|---------------------------------|----------------------|
| Anschrift der verletzten Person | Art der Verletzungen |
|---------------------------------|----------------------|

| |
|----------------------------------|
| Arzt/Krankenhaus (mit Anschrift) |
|----------------------------------|

| |
|---|
| Ist/war die verletzte Person <input type="checkbox"/> Ihr Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Ihr Arbeitgeber <input type="checkbox"/> tätig bei gleichem Arbeitgeber |
| War der/die Verletzte zur Unfallzeit angegurtert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Angaben zum Kasko-Schaden

Angaben ersparen eine gesonderte Kasko-Schadenanzeige für den eigenen Schaden am BBV voll-/teilkaskoversicherten Kfz!

Bei Schäden ab 2.500 DM/1.250 EUR bitte Kostenvoranschlag und Schadenfotos einreichen; ab 5.000 DM/2.500 EUR ist ein Sachverständigengutachten nötig (nach Absprache mit uns DEKRA oder SSH-Sachverständiger).

Wird die BBV-Voll-/Teilkasko-Versicherung in Anspruch genommen? ja nein vorsorgliche Meldung

Vor Verwertung des beschädigten Kfz bitte Restwert mit uns absprechen!

| | | | | | | | |
|--------------------------|---------------|------------|---|--------|--------------------------|--------------------|------------------|
| Amtl. Kennzeichen Kfz V: | Erstzulassung | gekauft am | <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> gebr. | mit km | Kaufpreis DM/EUR* | Anzahl Vorbesitzer | letzter km-Stand |
|--------------------------|---------------|------------|---|--------|--------------------------|--------------------|------------------|

| | | |
|--|---|--|
| Sind Sie (V) Eigentümer des versicherten Fahrzeugs? Ggf. Name, Anschrift des Leasing-Gebers/Vertrags-Nr. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leasingfahrzeug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--|---|--|

| | | | |
|--|---|-----|-----|
| Besteht Sicherungsschein? Wenn ja, Bank und Vertrags-Nr. angeben | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | bei | Nr. |
|--|---|-----|-----|

| | | |
|---|---|---|
| Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigter Unternehmer? Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|---|---|

Bei Diebstahlschaden:

| | |
|---|--|
| Was das Fahrzeug gegen Diebstahl ordnungsgemäß abgesichert? | (Lenkradschloss, Zündschlüssel, Türen, Scheiben, Schiebedach usw.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|--|

| | | | |
|--|---|---------------|---|
| Hatte das Fahrzeug eine selbstschärfende, elektronische Wegfahrsperre? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Type? Welche? | Andere Sicherungseinrichtungen? Welche? |
|--|---|---------------|---|

| | | |
|---|---|--|
| Wurde(n) das Fahrzeug/die entwendeten Teile wieder beigebracht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Täter bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|---|--|

| | |
|---|---|
| Welche Teile des Fahrzeugs wurden entwendet/beschädigt (bei Zubehör gesonderte Aufstellung mit Angabe von Kaufdatum, Anschaffungspreis und geschätzten Wert am Schadentag)? | Soweit noch vorhanden, Anschaffungsrechnungen beilegen! |
|---|---|

| | | |
|--|--|------------|
| Das beschädigte, BBV-kaskoversicherte Fahrzeug | <input type="checkbox"/> wurde <input type="checkbox"/> wird von <input type="checkbox"/> kann besichtigt werden bei in ab | besichtigt |
|--|--|------------|

Bei Wildschaden:

| | | |
|--|--|--------------------------|
| Erfolgte polizeiliche Meldung? (Voraussetzung für den Versicherungsschutz) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Erfolgte Meldung beim Revierinhaber/Jagdberechtigten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bescheinigung nötig!) | |
| Fand Zusammenstoß mit dem Wild statt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wildart? abgeliefert bei |

Bei Glasschaden:

| | | |
|--|---|----------------|
| Waren beschädigte Glasteile vor diesem Ereignis schon einmal erneuert worden? Wann war die letzte Untersuchung nach § 29 StVZO (TÜV, DEKRA)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wann etwa? Wo? |
|--|---|----------------|

| | |
|--|-----------------------|
| Hat Sie bei der Aufnahme der Schadenanzeige ein Mitarbeiter der BBV unterstützt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Name des Mitarbeiters |
|--|-----------------------|

Bemerkungen/Hinweise:

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Wurde die Schadenanzeige von einem Beauftragten der Versicherungsgesellschaft ausgefüllt, so bleibe trotzdem ich allein für die Richtigkeit der gemachten Angaben verantwortlich. **Es ist mir bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruches auf Versicherungsschutz führen, auch wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos geblieben sind.**

| | | |
|------------|--|--|
| Ort, Datum | Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN) | Unterschrift des Fahrers (wenn nicht VN) |
|------------|--|--|

Auch wir müssen uns der elektronischen Datenverarbeitung bedienen (z. B. zu statistischen Zwecken) und möchten Sie deshalb davon unterrichten, dass Daten gespeichert und gegebenenfalls dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. – und dem Rückversicherer mitgeteilt werden. Die Anschrift der speichernden Stelle wird auf Wunsch bekanntgegeben.

* Nicht zutreffende Währung streichen!