

BBV · Abt. 614 · 81732 München

Herrn/Frau/Firma

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

## Allgemeine Haftpflicht-Schadenanzeige

Sehr geehrte BBV-Kundin, sehr geehrter BBV-Kunde, um den uns gemeldeten Schadenfall ordnungsgemäß und schnell bearbeiten zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Senden Sie dieses Formular bitte **sofort** vollständig ausgefüllt zurück und beachten Sie unbedingt nachstehende **wichtige** Hinweise:

Jeder Schaden ist gemäß § 5 Ziff. 2 der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen für die Haftpflicht-Versicherung (AHB) unverzüglich, **spätestens innerhalb einer Woche**, schriftlich anzuzeigen.

Bitte geben Sie keine Erklärungen über die Schuldfrage ab, erkennen Sie keine Ansprüche an und leisten Sie selbst keine Zahlung (§ 5 Ziff. 5 AHB). Übersenden Sie uns bitte alle den Schadenfall betreffenden Anspruchsschreiben, Rechnungen usw. und geben Sie dabei die Versicherungsschein-Nummer an. Telefonische Rückfragen bitte nur in dringenden Fällen; sie können die Bearbeitung verzögern.

**Schadensgegenstände sind bis zur Regulierung für eine eventuelle Besichtigung aufzubewahren (bitte Anspruchsteller informieren). Aufgrund einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes müssen wir darauf hinweisen, dass unzutreffende oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn dadurch dem Versicherer keine Nachteile entstehen.**

Machen Sie unbedingt genaue Angaben zum Erhaltungszustand der beschädigten Sache(n) vor Schadeneintritt und geben Sie eventuelle Vorschäden/Mängel an.

Im Schadenfall benötigen wir stets genaue, schriftliche Angaben und Originalunterlagen.

### 1. Versicherungsnehmer

Telefonverbindung bitte unbedingt angeben!

Zu- und Vorname		Beruf/Arbeitsstelle	Tel.-Nr. (privat)
			0 /
Straße, Haus-Nr.		PLZ	Wohnort
			Fax :
			0 /
			Tel.-Nr. (Arbeitsstelle)
			0 /

### 2. Anspruchsteller (Geschädigter)

Tel.-Nr. im Interesse schneller Bearbeitung unbedingt angeben!

Zu- und Vorname		Beruf/Arbeitsstelle	Tel.-Nr. (privat)
			0 /
Straße, Haus-Nr.		PLZ	Wohnort
			Fax :
			0 /
			Tel.-Nr. (Arbeitsstelle)
			0 /

### 3. Empfänger bei Entschädigungszahlung

Entschädigungszahlung an (Name Kontoinhaber)	Konto-Nr.	Bankleitzahl	Bank, Sparkasse (bitte genaue Bezeichnung)

Die BBV-Schadenabwicklung erfolgt bevorzugt ohne Korrespondenz. Eventuelle Rückfragen bitte zunächst beim Anspruchsteller. Dieser möge vor Anfragen seinen aktuellen Kontostand prüfen. Danke!

<b>4.1</b> Ist der/die Anspruchsteller(in) mit Ihnen verwandt oder verschwägert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verwandtschaftsverhältnis
--	---	---------------------------

<b>4.2</b> Besteht ein gemeinsamer Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
--	---	--

<b>4.3</b> Steht der/die Anspruchsteller(in) zu Ihnen in einem Vertragsverhältnis (Mietvertrag, Arbeitsverhältnis)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsverhältnis
---	---	--------------------

<b>4.4</b> Kannten Sie den Geschädigten (Ziff. 2) schon vor dem Schaden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
--	---	--

<b>5.1 Wann und wo ereignete sich der Schaden?</b>	Schadentag	Uhrzeit	<b>Genaue Ortsangabe/Straße/Haus-Nummer</b> (ggf. in welchem Raum?)
<b>5.2 Genaue und ausführliche Schilderung des Schadenherganges</b> und des entstandenen Schadens (evtl. mit Skizze oder Lichtbilder; ggf. Beiblatt verwenden)			

<b>6.1</b> Sind <b>polizeiliche Ermittlungen</b> durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Polizei-Dienststelle	Tagebuch-Nummer
<b>6.2</b> Sind Zeugen vorhanden? (bitte <b>alle</b> neben Schadenverursacher und Geschädigtem <b>anwesenden</b> Personen angeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name(n) und Anschrift(en)	

## 7. Körperverletzung – zu Ziffer 2 = Anspruchsteller, nicht Versicherte(r) –

<b>7.1</b> Wer wurde verletzt?	Name und Anschrift		
<b>7.2</b> Weitere Angaben zur verletzten Person:	Beruf	Familienstand	Alter (ca.)
<b>7.3</b> Wo ist der/die Verletzte krankenversichert?	Krankenkasse und Anschrift, soweit bekannt		
<b>7.4</b> Art der Verletzung(en)?	Beschreibung der Verletzung(en)		
<b>7.5</b> Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus?	Name und Anschrift		

## 8. Sachbeschädigung

<b>8.1</b> Welche Sachen wurden beschädigt?	Beschreibung der Gegenstände (ggf. auf Beiblatt; Fotos beschleunigen Bearbeitung).		
<b>8.2</b> Wie alt waren diese? Waren Vorschäden gegeben?	Datum der Anschaffung	Vorschäden/Mängel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ggf. welche?
<b>8.3</b> Worin besteht die Beschädigung?	Genauere Beschreibung		
<b>8.4</b> Ist Reparatur möglich? Wie hoch sind die voraussichtlichen Kosten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	geschätzte Kosten EURO:	
<b>8.5</b> Hatten Sie, Ihre Beauftragten oder mitversicherte Personen die beschädigten Sachen aufzubewahren, zu bearbeiten, gemietet oder geliehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nähere Angaben	
<b>8.6</b> Bei Glasscheiben: Hat der <b>Anspruchsteller</b> eine Hausrat-/Glasversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherer und Anschrift	

## 9. Ansprüche des/der Geschädigten

<b>9.1</b> Wurden bereits Ansprüche erhoben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? EURO:
<b>9.2</b> Halten Sie sich für ersatzpflichtig? Voll/teilweise?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Begründung
<b>9.3</b> Trifft den Geschädigten selbst ein Verschulden oder Mitverschulden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Begründung

## 10. Schaden durch Kinder

<b>10.1</b> Wer war das schadenstiftende Kind?	Name und Vorname(n)	Geburtsdatum
<b>10.2</b> Ist das Kind mit dem Versicherungsnehmer verwandt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verwandtschaftsverhältnis
<b>10.3</b> Bei Schülern oder Auszubildenden (über 18 Jahren) u. Studenten: Wo erfolgt die (schulische) Ausbildung?	(Bitte legen Sie eine Bestätigung über das Ausbildungsverhältnis bei)	
<b>10.4</b> Wer beaufsichtigte das Kind?	Name, evtl. abweichende Anschrift	In welchen Zeitabständen
<b>10.5</b> Waren noch andere Kinder beteiligt? (ggf. auf Beiblatt angeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name(n) und Anschrift(en) ggf. auf Beiblatt

## 11. Sonstiges

<b>12.</b> Hat Sie bei der Aufnahme der Schadenanzeige ein Mitarbeiter der BBV unterstützt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name des Mitarbeiters
---	---	-----------------------

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.**

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift der schadenstiftenden Person (bei Kindern erst ab 12 Jahren)
-------	---------------------------------------	---

Auch wir müssen uns der elektronischen Datenverarbeitung bedienen und möchten Sie deshalb davon unterrichten, dass Ihre Daten gespeichert und ggf. dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und/oder dem Rückversicherer mitgeteilt werden. Anschrift der speichernden Stelle(n) wird auf Wunsch bekanntgegeben. Ihre BBV