



Offen für alle



Bayerische Beamten Versicherungen  
Bayerische Beamten Versicherung AG

Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München  
Telefon (089) 67 87-77 77, (01801) 22 88 66\*, Fax (089) 67 87-61 99  
e-mail: k.schaden@bbv.de, Internet: www.bbv.de

\* 0,039 EUR/Min. aus dem deutschen Festnetz; Mobilfunktarife ggf. abweichend

Briefanschrift:  
BBV · Abt. 611 · 81732 München  
Herrn/Frau/Firma

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

## Unfall-Schadenanzeige

Sehr geehrte BBV-Kundin, sehr geehrter BBV-Kunde,  
um den uns gemeldeten Schaden ordnungsgemäß und schnell bearbeiten zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte füllen Sie diesen Vordruck aus und senden Sie ihn umgehend an unsere obige Briefanschrift (jeder Versicherungsfall ist bedingungsgemäß unverzüglich zu melden). **Wir weisen Sie ausdrücklich auf die beigefügte gesonderte Belehrung hin.**

### 1. Versicherungsnehmer

Telefonverbindung bitte unbedingt angeben!

Zu- und Vorname	Geb.-Datum	Beruf	Tel.-Nr. (privat) 0 /
Straße, Haus-Nr.	PLZ	Wohnort	Fax: 0 /
Die Entschädigung soll erfolgen an (Kontoinhaber):	Konto-Nr.	Bankleitzahl	Tel.-Nr. (Arbeitsstelle) 0 /
Geldinstitut mit Ortsangabe			
<b>Zahlung von Unfall-Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld erfolgt (soweit versichert) schnellstmöglich und normalerweise ohne Korrespondenz bzw. gesonderte Benachrichtigung. Wir bitten um Prüfung der Kontoauszüge vor etwaigen Rückfragen. Danke.</b>			

### 2. Verletzte(r) (nur ausfüllen, wenn mit Versicherungsnehmer (1.) nicht identisch)

Zu- und Vorname	Geb.-Datum	Beruf	Tel.-Nr. (privat) 0 /
Straße, Haus-Nr.	PLZ	Wohnort	Fax: 0 /
3. Worin bestand die hauptberufliche Tätigkeit vor dem Unfall?			
Tätigkeit vor dem Unfall		welche Tätigkeit	
3.1 Wurde eine nebenberufliche Tätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.2 Hatte der/die Verletzte körperlich mitzuarbeiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.3 Bei welchem Arbeitgeber ist der/die Verletzte beschäftigt?	Name und genaue Anschrift		
4. Art der Verletzung(en)			
Beschreibung der Verletzung(en)			
4.1 Wann erfolgte die erste ärztliche Behandlung?	Datum	Uhrzeit	
4.2 Durch welchen Arzt erfolgte die erste Behandlung?	Name, genaue Anschrift, Fachgebiet		
4.3 Welche Ärzte wurden sonst noch hinzugezogen?	Name, genaue Anschrift, Fachgebiet		
4.4 Erfolgte stationärer Krankenhausaufenthalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name/Anschrift des Krankenhauses/Abteilung:	
4.5 Dauer des Krankenhausaufenthaltes (Bitte Bescheinigung über die Dauer mit Diagnose beifügen oder nachreichen, wenn Unfallkrankenhaus-Tagegeld versichert ist.) Ist der Krankenhausaufenthalt beendet, genügt es, wenn die Dauer nebenstehend ärztlich bescheinigt wird.	vom	bis	Grund/Anlass
Stempel und Unterschrift des Arztes			
4.6 Ist mit einem Dauerschaden zu rechnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art des Dauerschadens	
5. Wann und bei welcher Beschäftigung ereignete sich der Unfall?	Unfalldatum	Wochentag	Uhrzeit
Beschäftigung			
5.1 Wo ereignete sich der Unfall?	genaue Orts- und Straßenangabe		
5.2 Handelt es sich um einen Arbeitsunfall i.S. der RVO? (Berufsunfall, auch auf dem Weg zu/von der Arbeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

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

**6. Genaue und ausführliche Schilderung des Unfallherganges** (evtl. besonderes Blatt beifügen).

7. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dienststelle/Anschrift	Tagebuch-Nummer
7.1 Sind Zeugen vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name(n) und Anschrift(en)	
8. Hatte der/die Verletzte innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall <b>alkoholhaltige Getränke</b> oder <b>Medikamente/Drogen</b> zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8.1 Wenn ja, unbedingt Art und Menge angeben! (auch geringe Mengen sind anzugeben)	Art und Menge		
8.2 Ist Blutprobe erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis der Blutprobe:	Promille %
9. Welche <b>Vorerkrankungen</b> hat der/die Verletzte bisher durchgemacht?	Vorerkrankungen		
9.1 Hat er/sie schon <b>Verletzungen vor diesem Unfall</b> erlitten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art der Verletzungen	

**Versicherungsverhältnisse**

10. Bei welcher Krankenkasse ist der/die Verletzte versichert?	Krankenkasse, Anschrift		Mitgliedsnummer
10.1 Bei Arbeitsunfall Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft:	Name/Anschrift der Berufsgenossenschaft		
10.2 Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen, auch durch Arbeitgeber, Vereine usw.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherer, Anschrift	
		Versicherungs-Nr.	Versicherungssummen in EUR
10.3 Hat der/die Verletzte schon früher von einem Versicherer eine Entschädigung aus einer Unfallversicherung erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherer	
		Schaden-Nr.	Höhe der Entschädigung in EUR
10.4 Bestanden oder bestehen Lebensversicherungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherer	
		Versicherungs-Nr.	

**Bei Kraftfahrzeug-Unfällen**

11. Welches Fahrzeug wurde benutzt?	Fabrikat	polizeiliches Kennzeichen	
11.1 Wo ist das Fahrzeug versichert?	Versicherer		Versicherungs-Nr.
11.2 Wer ist der Fahrzeughalter?	Name und Anschrift		
11.3 Wer war der Fahrzeugführer?	Name und Anschrift		
11.4 Welchen Führerschein besitzt der Fahrzeugführer?	Klasse	Ausstellungsort	Ausstellungsdatum
11.5 Wie viele Insassen (einschließlich Kinder und Fahrer) befanden sich beim Unfall im Fahrzeug?	Anzahl	Zu- und Vorname(n)	
11.6 Hatte(n) die Verletzte(n) zur Zeit des Unfalleintritts einen Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12. 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 ich allein für die Richtigkeit der gemachten Angaben verantwortlich. Es ist mir bekannt, dass die grob fahrlässige, vorsätzliche oder arglistige Verletzung der Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen kann. Die gesonderte Belehrung in Textform über die möglichen Folgen eines Obliegenheitsverstößes habe ich zur Kenntnis genommen.**

Soweit der Versicherer zur Bearbeitung meiner Ansprüche die Überprüfung von Angaben für erforderlich hält, befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, der BBV die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für meine Kranken-/Sozialversicherung.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)

Unterschrift des/der Verletzten (wenn nicht VN)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

### **Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

### **Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

### **Hinweis:**

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.