

Rückantwort
BGV / Badische Versicherungen
76116 Karlsruhe

Vertrags-Nr.:	<input type="text"/>
Schaden-Nr.:	<input type="text"/>
VN:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon dienstlich:	<input type="text"/>
Telefon privat:	<input type="text"/>
Telefax:	<input type="text"/>
Unfallgegner:	<input type="text"/>

Schadenanzeige für Kraftfahrt

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

-Haftpflichtversicherung **-Vollkasko-Versicherung** **-Teilkasko-Versicherung**

Vollständige Beantwortung der nachstehenden Fragen erleichtert die Schadenbearbeitung. Ihre Angaben werden auch für den Fall benötigt, dass Sie nach Ihrer Ansicht kein Verschulden trifft. Nur dann können wir unberechtigte Ansprüche abwehren. Gegen Mahnbescheide erheben Sie bitte sofort ohne Angabe von Gründen Widerspruch und geben uns hiervon Kenntnis. Wird Ihnen eine Klage zugestellt, bitten wir Sie, uns sofort sämtliche Unterlagen zu übersenden. Anwaltsbeauftragung erfolgt gegebenenfalls durch uns.

Nähere Beschreibung **Ihres** mit dem Schadenereignis in Verbindung stehenden **Kraftfahrzeuges**:

1.1 Fahrzeugart:	<input type="text"/>	Fabrikat/Typ:	<input type="text"/>
Baujahr:	<input type="text"/>	Km-Stand:	<input type="text"/>
Anzahl der Vorbesitzer im Fahrzeugbrief:	<input type="text"/>	Amtliches Kennzeichen:	<input type="text"/>
1.2 Eigentumsverhältnisse:	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Leasing	<input type="checkbox"/> Finanziert
	<input type="checkbox"/> Gemietet	<input type="checkbox"/> Flotte	<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
1.3 Name des Fahrers:	<input type="text"/>		
Anschrift:	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Nationalität:	<input type="text"/>
1.4 Fuhr der Lenker mit Ihrem Einverständnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.5 Führerschein des Lenkers zur Zeit des Schadenereignisses:	Klasse: <input type="text"/>		
Führerschein ausgestellt am:	<input type="text"/>		
1.6 Hatte der Fahrer innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol oder Drogen zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wurde vom Lenker eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis der Blutprobe:	<input type="text"/>

2.1 Unfalltag:	<input type="text"/>	Unfalluhrzeit:	<input type="text"/>
Unfallort:	<input type="text"/>	Unfall-Land:	<input type="text"/>

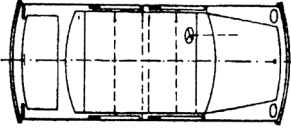
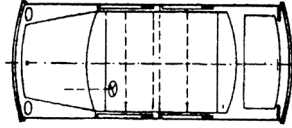
Genaue Unfallschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt)

3.1 Andere am Unfall beteiligte Personen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name:	<input type="text"/>		
Anschrift:	<input type="text"/>		
3.2 Gibt es Unfallzeugen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name:	<input type="text"/>		
Anschrift:	<input type="text"/>		

Bitte Folgeseite beachten!

- 3.3 Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? ja nein Aktenzeichen
 Dienststelle:
 Anschrift:
- 3.4 Wurde ein Bußgeld bzw. Strafverfahren eingeleitet? ja nein Gegen wen?
- 3.5 Stellen Sie selbst Schadenersatzansprüche gegen den Gegner? ja nein

- 4.1 Name des Anspruchstellers:
 Anschrift:
 Geburtsdatum: Nationalität:
 Telefon-Nr.: Fax-Nr.:
- 4.2 Name des Fahrers:
 Anschrift:
 Geburtsdatum: Nationalität:
- 4.3 Fahrzeugart: Fabrikat/Typ:
 Baujahr: Km-Stand:
 amtl. Kennzeichen:
- 4.4 Versichert bei:
 Policen-Nr.:

- 4.5 Art und Umfang der Beschädigung:
- | | |
|--|--|
| <p>Eigenes Fahrzeug</p>  | <p>Fremdes Fahrzeug</p>  |
| Reparaturkosten ca.: <input type="text"/> | Reparaturkosten ca.: <input type="text"/> |
| Wo kann Ihr Fahrzeug besichtigt werden?
<input type="text"/> | Wo kann das fremde Fahrzeug besichtigt werden?
<input type="text"/> |

4.6 Welche Teile sind beschädigt?

- 5.1 Name des Verletzten:
 Anschrift:
 Geburtsdatum: Nationalität:

5.2 Art und Umfang der Verletzung:

5.3 Sicherheitsgurt angelegt? ja nein

KASKO

Nur ausfüllen, wenn Voll- oder Teilkasko-Versicherung besteht und in Anspruch genommen werden soll.

Vollkasko ohne SB mit SB EUR

Teilkasko ja ohne SB mit SB nein

Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? ja nein Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? ja nein

Vorschäden? ja nein

Bei Diebstahl, wie war das Kfz gesichert? Zündschlüssel abgezogen? ja nein Wie sonst?

Türen/Fenster verschlossen? ja nein

Bei Diebstahl von Radio- und Kombigeräten
 Wie und wo wurde das entwendete Radio- bzw. Kombigerät aufbewahrt?

Hinweis: Bitte übersenden Sie uns die ursprünglichen Anschaffungsrechnungen der entwendeten Geräte. Sollte dies nicht möglich sein, teilen Sie uns bitte Alter, Gerätetyp und Anschaffungspreis mit.

Diebstahl sonstiger Geräte
 Welche Gegenstände wurden aus Ihrem Fahrzeug entwendet?

Bei Wildschäden Meldung beim Jagdberechtigten oder der Polizei? ja nein

Art des Wildes? Wo abgeliefert? Bei:

(Bitte Bescheinigung beifügen)

Mit dem Schaden im Zusammenhang stehende Daten werden auf Datenträgern gespeichert (Bundesdatenschutzgesetz). Vorstehende Fragen sind nach bestem Wissen richtig beantwortet. Wir weisen darauf hin, dass alle unwahren oder unvollständigen Angaben im Zusammenhang mit diesem Schadenfall zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, wenn uns dadurch bei der Feststellung zum Eintritt oder Umfang des Schadens Nachteile entstehen; bei Vorsatz in vollem Umfang, bei grober Fahrlässigkeit entsprechend der Schwere des Verschuldens.

Ort, Datum Unterschrift