



24-Stunden-Notruf-Telefon

Inland: (0 89) 46 22 47 27

Ausland: +49 89 46 22 47 27

Telefax: (0 89) 46 22 47 26

E-Mail: schaden@bavariadirekt.de

BavariaDirekt

 Finanzgruppe

Schadenmeldung Kraftfahrt

Schadennummer (in allen Zuschriften bitte angeben)

Personen- und Sachschaden des Anspruchstellers

Anspruchsteller

Name	Vorname	Beruf
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
tagsüber	abends	Fax

für Rückfragen: bitte Telefon mit Vorwahl

Schadenbeschreibung

Schadentag	Uhrzeit	Unfallort
------------	---------	-----------

Wie waren die Wetter- und Fahrbahnverhältnisse zur Zeit des Unfalls?
(Sonne, Regen, Nebel, Glatteis, Gefälle usw.)

Aus welchem Grund halten Sie unseren Versicherungsnehmer bzw.
seinen Partner für den Schaden verantwortlich?

Welche Personen waren Zeugen des Unfalls?
(bitte Namen und Anschriften angeben, eventuell auf einem Beiblatt)

Wo befanden sich diese Personen im Augenblick des Unfalls?

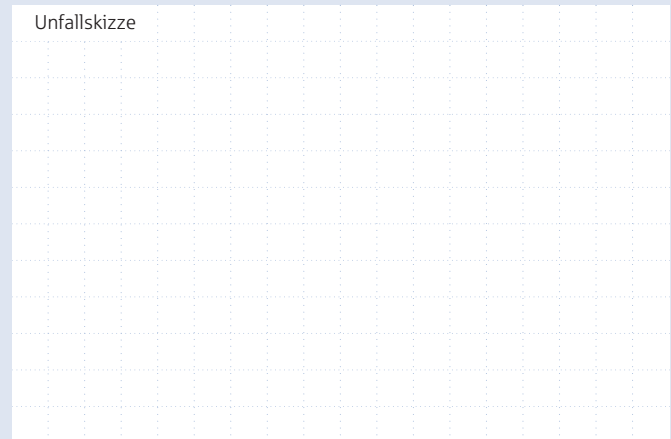
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?
(bitte Tagebuchnummer angeben)

Wurde gegen Sie oder Ihren Fahrer
– eine gebührenpflichtige Verwarnung ausgesprochen?
– ein Straf- bzw. Ermittlungsverfahren eingeleitet?
(eventuell bitte Aktenzeichen angeben)

nein ja,
 nein ja, von welchem Gericht?

Schadenhergang (wenn Platz nicht ausreicht, bitte Schilderung des Schadenhergangs auf Seite 4 fortsetzen)

Diese Fragen bitte so beantworten, dass sich ein deutliches Bild des Ereignisses ergibt; Angaben über die Geschwindigkeit der am Unfall beteiligten Fahrzeuge, Vorfahrtsrecht, von wem und wann wurden Schallzeichen oder optische Signale gegeben usw. Dazu bitte eine einfache Handskizze erstellen, aus der die für den Unfall ursächliche Verkehrslage hervorgeht. Verkehrsschilder bitte einzeichnen.

	Unfallskizze
	

BavariaDirekt
Eine Marke der OVAG
Ostdeutsche Versicherung AG
Anschrift: Am Karlsbad 4–5, 10785 Berlin

Aufsichtsratsvorsitzende: Barbara Schick
Vorstände: Martin Fleischer, Christian Krams
Sitz: Berlin
AG Berlin-Charlottenburg
HRB-Nr.: 39 635

Bankverbindung: Deutsche Kreditbank AG, Berlin
Konto (IBAN) DE44 1203 0000 0001 5017 74
BIC BYLADEM1001
Gläubiger-ID: DE340VA00000156982
Versicherungsteuer-Nr.: 9116/803/00145

Personenschaden

Vorname, Name des Verletzten

Geburtsdatum/Familienstand

Bei minderjährigen Verletzten:

Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter

Beruf des Verletzten

(auch Beruf des Ehegatten, bei Kindern Beruf der Eltern)

letztes monatliches Einkommen vor dem Unfall

 € brutto € netto

Geschlecht und Geburtsjahr der Kinder, denen der Verletzte Unterhalt gewährt

<input type="checkbox"/> m.	<input type="checkbox"/> w.	19	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m.	<input type="checkbox"/> w.	19	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> m.	<input type="checkbox"/> w.	19	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m.	<input type="checkbox"/> w.	19	<input type="text"/>

Bestehen sonstige gesetzliche Unterhaltsverpflichtungen des Verletzten?

nein ja, wem gegenüber?

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Für welche Zeit besteht nach dem Arbeitsvertrag Anspruch auf Weiterzahlung des Lohnes im Krankheitsfall?

Welche zusätzlichen Leistungen bietet der Betrieb über die Leistungen der Sozialversicherung hinaus?

€ monatlich wöchentlich täglich

War die verletzte Person beim Unfall

– Insasse in einem Fahrzeug?

nein ja, als Fahrer sonstiger Mitarbeiter
 zahlender Fahrgast

– wenn ja, in welchem (Name des Fahrers)?

– angegurtet bzw. wenn Motorradfahrer mit Helm ausgerüstet?

nein ja Sitzplatz vorne hinten

Wenn verletzter Insasse nicht selbst Fahrer war:

– mit Fahrer verwandt, verschwägert und in häuslicher Gemeinschaft lebend?

nein ja verwandt verschwägert
 in häuslicher Gemeinschaft

– Ist der Fahrer Arbeitgeber oder Arbeitskollege des Verletzten?

nein ja Arbeitgeber Arbeitskollege

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

Welche Leistungen gewährt diese Krankenkasse? (Abrechnung der Krankenkasse bitte beifügen)

volle Heilbehandlungskosten % der Heilbehandlungskosten
 Krankengeld € täglich
 Familiengeld € täglich

Art der Verletzungen

Krankenhausaufenthalt (vollständige Anschrift des Krankenhauses und Abteilung bitte angeben)

von bis

Ambulante Behandlung (vollständige Anschrift der behandelnden Ärzte bitte angeben)

von bis

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von bzw. zur Arbeit oder während der Berufstätigkeit?

nein ja

Welcher Berufsgenossenschaft gehört der Verletzte an?

Wurde der Unfall dort gemeldet?

nein ja, am

Erhält der Verletzte

– Rentenbezüge (unabhängig von diesem Unfall)?

nein ja

€ monatlich

– Arbeitslosenunterstützung oder Sozialhilfe?
(Auszahlungsbelege bitte beifügen)

nein ja

€ mtl. wöchentl.

Von welcher Amtsstelle?

Seit wann?

seit

bis

Sachschaden

Angaben über das beschädigte Kraftfahrzeug

Fahrzeugart (z.B. Pkw, Lkw, Kraftrad, Bus, Zugmaschine, Anhänger)

Fabrikmarke und -typ

Baujahr / amtliches Kennzeichen / kW / PS

Baujahr

amtliches Kennzeichen

kW

PS

Sind Sie selbst Eigentümer des beschädigten Kraftfahrzeugs?

nein ja

Sicherungsübereignung
 Eigentumsvorbehalt

Wenn nein, wem gehört es?

Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug?

nein ja

Name und Anschrift des Leasinggebers

Anzahl der in einem Monat durchschnittlich zurückgelegten Kilometer und Gesamtkilometerstand

monatlich km

km-Stand

nächster TÜV

Hatte Ihr Fahrzeug bereits Vorschäden?

nein ja

in welchen Jahren?

Höhe der Reparaturkosten (bei Vorschäden)

 €

Waren die Vorschäden voll beseitigt?

nein ja

Hatte das Fahrzeug einen Austauschmotor?

nein ja

wie viele km?

Welche ungefähre Laufleistung und welche Profiltiefe haben die Reifen des Kfz?

km Laufleistung

mm Profiltiefe

Nur bei Lkw: zulässige Nutzlast in t

Einsatz im

Werknahverkehr
 gewerbl. Güternahverkehr

Werkfernverkehr
 gewerbl. Güterfernverkehr

Für mein/unser am Unfall beteiligtes Fahrzeug bestand zur Zeit des Unfalls eine

Haftpflichtversicherung

Vollkaskoversicherung mit € Selbstbeteiligung

Teilkaskoversicherung (gegen Brand, Entwendung usw.)

Dienstfahrt-Fahrzeug (Vollkasko-)versicherung

mit € Selbstbeteiligung (Schaden bei Dienstfahrt)

Insassen-Unfallversicherung

Bei welchem Unternehmen?

Versicherungsnummer

Wurde oder wird die Kaskoversicherung in Anspruch genommen?

nein ja

