

zurück an

► OKV  
Ostdeutsche Kommunalversicherung  
auf Gegenseitigkeit  
Abt. Schaden/Recht  
Plauener Straße 163-165, Haus C  
13053 Berlin

Kunden-/Mitglieds-Nr.	_____
Kunden-/ Mitgliedsname	_____
Straße	_____
PLZ/Ort	_____
Policen-/Vertrags-Nr.	_____
Ihr Aktenzeichen	_____
Ihr Ansprechpartner	_____
Telefon-Nr.	_____

## Bericht über einen Haftpflichtschaden – Pflegekinder –

*Bitte beantworten Sie jede Frage wahrheitsgemäß und so genau wie möglich. Beachten Sie, dass bewusst falsche Angaben den Verlust der Versicherungsleistung bewirken können.*

### I. Angaben des Geschädigten *(auszufüllen durch den Geschädigten oder Versicherungsnehmer)*

1. Name, Vorname oder Firma _____		Geburtsdatum _____	
2. Anschrift _____ _____			
3. Telefon _____		E-Mail-Adresse _____	
4. Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>KONTO DES GESCHÄDIGTEN</b>			
Kontoinhaber _____		Geldinstitut _____	
IBAN _____		BIC _____	
D   E   _____		_____	

### II. Angaben zum Schadenereignis

1. Schadentag		Schadenzeit	Schadenort
Tag	Monat	Jahr	
_____	_____	_____ : _____	_____
Uhr			
2. Eingehende Schilderung des Schadenereignisses <i>(Bei Unfällen bitte Skizze oder Fotografie des Unfallorts beifügen.)</i>			
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			

3. Bei Sach- und Vermögensschäden (ggf. separates Blatt benutzen)

Sache (Hersteller, Typ)	Kaufpreis (EUR)	Kaufdatum	Eigentümer	Leihe	Miete	Pacht	Leasing
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Bei Fahrzeugschäden

Hersteller	Typ	Kennzeichen	Baujahr	Kilometerstand
_____	_____	_____	_____	_____

betroffene Fahrzeugteile

\_\_\_\_\_

Hatte das Fahrzeug Vorschäden? Wenn ja, welche genau?  nein  ja

\_\_\_\_\_

Ist das Fahrzeug geleast oder finanziert? Wie lauten Name, Anschrift und Vertragsnummer des Instituts?  nein  ja

\_\_\_\_\_

5. a) Besteht für den Schaden anderweitig Versicherungsschutz (z.B. Hausrat-, Gebäude- Haftpflicht-, Glas-, Kaskoversicherung)?  nein  ja  
Wo und unter welcher Versicherungsnummer?

\_\_\_\_\_

b) Haben Sie von dort Leistungen erhalten oder diese beantragt?  nein  ja

\_\_\_\_\_

6. Bei Personenschäden (Art und Umfang der Verletzungen)

\_\_\_\_\_

a) Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? Welcher?  nein  ja

\_\_\_\_\_

7. Gibt es Zeugen des Schadenhergangs? Wie lauten Name und Anschrift des/der Zeugen?  nein  ja

\_\_\_\_\_

8. Ermitteln Polizei/Staatsanwaltschaft zu diesem Schadenereignis? (Name, Anschrift und Aktenzeichen der Behörde)  nein  ja

\_\_\_\_\_

9. Durch wen werden die Angaben zu Ziff. II gemacht?  Versicherungsnehmer  Geschädigter

\_\_\_\_\_

Ort, Datum	Unterschrift der/des Geschädigten
_____	_____

Angaben des Versicherungsnehmers, bitte wenden ► ► ►

### III. Angaben des Versicherungsnehmers (auszufüllen nur durch den Versicherungsnehmer)

1. Name des Pflegekindes	Geburtsdatum	Rechtsgrundlage der Hilfeleistungen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Name/n aller Pflegeperson/en		
<input type="text"/>		
3. Sind die Pflegepersonen mit dem Pflegekind bis zum 3. Grad verwandt?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Kann eventuell ein Dritter für den Schaden ganz oder teilweise verantwortlich gemacht werden (z.B. weiterer Beteiligter, Unternehmer, Baufirma, ...) und warum? Wie lauten Name und Anschrift des Dritten?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>		
5. Hätte der Geschädigte (evtl. wie) den Schaden vermeiden können? Trifft ihn eigene Schuld oder Unvorsichtigkeit?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>		
6. Bestehen gegen die Forderung dem Grunde oder der Höhe nach Bedenken? Welche und warum?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="text"/>		

### IV. Sonstige Bemerkungen

<input type="text"/>
----------------------

### Erklärung des Versicherungsnehmers

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die Angaben zu Ziff. III wahrheitsgemäß nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche Angaben den Verlust der Versicherungsleistung bewirken können.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Versicherungsnehmers

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------