

Schadenmeldung – Pflegekinder

1. Exemplar an Privathaftpflichtversicherung						
Versicherungsgesellschaft						
Versicherungsnehmer						
Versicherungsnummer						
2. Exemplar an versicherungs- und finanzkontor friedrichs gmbh Schlachte 45, 28195 Bremen						
Versicherungsgesellschaft	GVO					
Versicherungsnehmer Pflegekinder in Bremen (PiB) gGmbH						
Versicherungsnummer	rsicherungsnummer 432881 801					
1. Personendaten Name, Vorname des Pflegekin Name, Vorname der Pflegeelte Anschrift		Geburtsdatum				
Telefon/E-Mail						
2. Der Schadensfall ist eingetreten						
Datum, Uhrzeit						
Straße, Ort						
Ergänzende Anmerkungen						



(ggf. auf gesondertem Blatt)	3. Ausführliche Schilderung des Schadenshergangs (ggf. auf gesondertem Blatt)				
4 Das Verschulden trägt nach meiner Meinung					
4. Das Verschulden trägt nach mein	er Meinung				
4. Das Verschulden trägt nach mein Name und Adresse	er Meinung				
	er Meinung				
Name und Adresse	er Meinung				
Name und Adresse	er Meinung				
Name und Adresse	er Meinung				
Name und Adresse Grund	er Meinung				
Name und Adresse Grund 5. Zeugen des Vorgangs					
Name und Adresse Grund	Name, Adresse				
Name und Adresse Grund 5. Zeugen des Vorgangs					
Grund 5. Zeugen des Vorgangs Name, Adresse	Name, Adresse				
Name und Adresse Grund 5. Zeugen des Vorgangs					



6. Nur bei Verkehrsunfällen: Der Unfall wurde von der Polizei aufgenommen

Dienststelle								
Tagebuch-Nr.								
7. Geschädigter (Anspruchsteller ist)								
Name, Adresse, Telefon								
8. Sachschäden Sind keine Sachschäden eingetreten, nur Angaben unter 9.								
Beschädigt ist	Fabrikat/Typ							
Art der Beschädigung								
Anschaffungspreis und -datum (Rechnung beifügen)	€ Datu	ım						
Die Reparaturkosten werden betragen (ggf. Kostenvoranschlag beifügen)			€					
Besichtigt kann die Sache bei	Name und Anschrift							
Besteht für die Sache eine Versicherung (Hinweis: Es ist zunächst zu prüfen, ob die eigene Versicherung den Schaden übernimmt.	Feuerversicherung	Ja		Nein				
	KFZ-Versicherung	Ja		Nein				
	Glasversicherung	Ja		Nein				
	Hausrat/Haftpflicht	Ja Ja		Nein				
Der Schaden ist bei einer beruflichen Tätigkeit entstanden				Nein				
Art der Tätigkeit								
Ist der Geschädigte vorsteuerabzuzgsberechtigt?		Ja		Nein				



9. Personenschäden

Angaben zu Ziffer 4 und 5 soweit bekannt. Sind keine Personenschäden eingetreten, nur Angaben unter 8.

Name, Vorname des Verletzten	Geburtsdatum				
Adresse	Beruf				
Art der Verletzung					
Name, Anschrift Behandelnder Arzt (ggf. Krankenhausanschrift)					
Wenn bekannt Name der Krankenkasse					
Wenn bekannt Name der Berufsgenossenschaft					
10.Zahlung der Entschädigungssumme					
Ich bin damit einverstanden, dass eine Schadenregulierung unmittelbar mit dem Geschädigten erfolgt. Die Entschädigungssumme kann auf das folgende Konto gezahlt werden:					
IBAN	BIC Swift				
Name der Bank					
Ort, Datum	Unterschrift				