

zurück an

- ▶ OKV  
Ostdeutsche Kommunalversicherung  
auf Gegenseitigkeit/Abt. Kraftfahrt-,  
Unfall-, Sachschaden  
Konrad-Wolf-Straße 91/92  
13055 Berlin

Kunden/Mitglieds-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Verwaltung | \_\_\_\_\_

Straße | \_\_\_\_\_

PLZ /Ort | | | | | | | | \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsschein-/  
Lfd. Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Schaden-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

AZ beim Mitglied | \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter | \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Schadentag/ Uhrzeit | | | | | | | | 2 | 0 | | | | | | | | | |

PLZ/Schadenort | | | | | | | | \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Schadenanzeige

### Feuer

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

**1. Unverbindliche Schadenhöhe**

bis 1.000 EUR     bis 2.000 EUR     bis 5.000 EUR     bis 10.000 EUR

über 10.000 EUR    ca. | EUR \_\_\_\_\_

Sollte der Schaden 5.000 EUR erreichen bzw. überschreiten, rufen Sie uns bitte an: **Tel: 030/42152-0.**

**2. Wann haben sie den Schaden bemerkt ?**

Tag    Monat    Jahr

| | | | | | | | | | | |    | | | | | |    Uhr

**3. Angaben zur polizeilichen Meldung**

Wann haben Sie den Schaden der Polizeibehörde gemeldet?    Tag    Monat    Jahr

| | | | | | | | | | | |    | | | | | |

3.1. Welche Polizeibehörde bearbeitet den Vorgang?    Tagebuch-Nummer

| | | | | | | | | | | |    | | | | | |

3.2. Wurde der Täter ermittelt?     nein     ja    Name des Täters

| | | | | | | | | | | |

**4. Schadenumstände**

4.1. Wurde der Schaden durch Glut oder Wärme verursacht? (z.B. Zigarette, Streichholz, Bügeleisen o.ä.):     nein     ja

Welches Ausmaß hat die beschädigte Stelle? | cm \_\_\_\_\_

4.2. Durch elektrischen Kurzschluss?     nein     ja

4.3. Durch Blitzschlag  
Welche sichtbaren Schäden hinterließ der Blitz auf seinem Weg zur Schadenstelle?     nein     ja

| | | | | | | | | | | |

4.4. Bitte schildern Sie kurz die Entstehung des Schadens!

| | | | | | | | | | | |

### 5. Schadenverursacher

Name des Schadenverursachers, soweit bekannt	Straße, Nr.
PLZ	Ort
Name des Versicherungsnehmers, wenn abweichend	Besteht für ihn eine Haftpflichtversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name und Anschrift des Versicherers	Versicherungsscheinnummer
5.1. Wurde diesem Versicherer der Schaden bereits gemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
5.2. Sofern der Schaden durch den Mieter von Wohnräumen verursacht wurde: Werden die Kosten für die Gebäudeversicherung über die Betriebskostenabrechnung auf die Mieter umgelegt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

### 6. Immobilieneigentümer

Wer ist der Eigentümer des Gebäudes/der Wohnung in dem der Schaden entstand?

Name	Straße, Nr.
PLZ	Bundesland
Ort	

### 7. Für Unternehmer im Sinne des Umsatzsteuergesetzes

(MwSt.): Sind sie zum Vorsteuerabzug berechtigt?  nein  ja

Steuersatz: \_\_\_\_\_ %

### 8. Vorversicherung/Vorschäden

Bestehen noch andere Versicherungen mit Einschluss von Einbruchdiebstahl-oder Raubschäden?  Nein  Ja

8.1. Name des Versicherers	8.2. Versicherungsnehmer	8.3. Versicherungsschein-Nr.	Ablaufdatum
8.4. Wurden bei diesem Versicherer Ersatzansprüche gestellt?	Wann?	In welcher Höhe?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

### Aufstellung der beschädigten Gegenstände

Bezeichnung der beschädigten Gegenstände	Alter	Neuwert EUR	Zustandwert am Schadentag EUR	Schaden bzw. Wiederherstellungskosten EUR	beschädigt	fremdes Eigentum
.....	_____	_____	_____	_____	<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"/>
.....	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

