

# SCHADENANZEIGE

## zur Haftpflicht-Versicherung

(Eingangsstempel)

ECCLESIA

UNION

VMD



ECCLESIA Gruppe

Schaden-Nr.

Es handelt sich um eine Erstmeldung.

Der Schaden wurde bereits  telefonisch  schriftlich  per Telefax am \_\_\_\_\_ gemeldet.

Risiko (z. B. Heim, Betriebsteil usw.): \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:

**Ecclesia Gruppe  
Postfach**

**32754 Detmold**

Kunden-Nr./AZ:

Freizeit-VB-Nr.:

Vers.-Schein-Nr.:

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

Schaden max. 1.500,-- €

Schaden über 1.500,-- €

1. Schadenort:

2. Verursacher (bitte rechts angeben!)

Mitarbeiter  Patient  Heimbewohner

Zivildienstleistender  Betreuer

ehren-/neben-  Teilnehmer einer  unbekannt  
amtlicher Helfer Veranstaltung  Sonstige: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

3. Besteht persönlich seitens des o. g. Verursachers (z. B. über die Eltern) eine separate Privat-Haftpflichtversicherung?

ja = Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

nein

4. War der o. g. Verursacher zum Schadenzeitpunkt deliktsunfähig?

ja, weil \_\_\_\_\_  nein

5. Geschädigter

Mitarbeiter  neben-/ehrenamtlicher Helfer

Teilnehmer einer Veranstaltung  Betreuer

Bewohner  Patient  Kunde

Sonstige \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigt?  ja = \_\_\_\_\_  nein

6. Bankverbindung

(Bitte immer angeben)

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

7. Schadenschilderung

Geben Sie bitte eine ausführliche zusammenhängende Schilderung des Vorganges (ggf. weiteres Blatt benutzen):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Welche Personen können zum Schadenhergang usw. Auskunft geben (Name, Anschrift)?

---

---

9. Ermittlungs-/Bußgeldverfahren der Polizei?	<input type="checkbox"/> ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> nein Tagebuch-Nr. _____
10. Hat der Verursacher einen vermeidbaren Fehler begangen?  Hätte der Verursacher den Schaden verhindern können?	<input type="checkbox"/> ja, weil _____  <input type="checkbox"/> nein, weil _____
11. Liegt eine Aufsichtspflichtverletzung vor?	<input type="checkbox"/> ja, weil _____ <input type="checkbox"/> nein, weil _____
12. Wer war Aufsichtsführender?	Name: _____ Beruf: _____
13. Welche Person trifft ein Mitverschulden?	<input type="checkbox"/> Geschädigten <input type="checkbox"/> Sonstige _____
<b>Sachschäden</b>	
14. Welche Sachen wurden beschädigt?	_____ _____ Geschätzte Reparaturkosten: _____ <input type="checkbox"/> Totalschaden (Nachweis von Fachfirma ggf. beifügen)
15. Wann wurden die Sachen angeschafft und zu welchem Preis?	Damaliger Preis: _____ Kaufdatum: _____
16. Kann darüber ein Nachweis erbracht werden?	<input type="checkbox"/> ja (Belege beifügen) <input type="checkbox"/> nein
17. Haben Sie die Sachen besichtigt? (ggf. Foto beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Hatten Sie die Sachen vom Geschädigten	a) <input type="checkbox"/> gemietet?      b) <input type="checkbox"/> geliehen?      c) <input type="checkbox"/> gepachtet? d) <input type="checkbox"/> zur Verwahrung? e) <input type="checkbox"/> zur Bearbeitung? f) <input type="checkbox"/> kurzfristige Gebrauchsüberlassung? (Zeitraum: _____ )
<b>Körperschäden</b>	
19. Welche Verletzungen liegen vor?	_____ _____
20. a) Alter der verletzten Person b) Pflegestufe? (z. B. Altenheim) c) Beruf	a) _____ b) _____ _____ c) _____
21. Welcher Krankenkasse gehört der/die Verletzte an?	_____ _____
22. Liegt ein Betriebsunfall vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23. Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?	_____ _____

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht. Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit verantwortlich, auch wenn eine andere Person ihre Niederschrift vornimmt. Falsche Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers)

**Der Schadenbericht ist vom Versicherungsnehmer selbst zu erstellen, dieses Formular darf daher nicht dem Geschädigten zur Beantwortung überlassen werden. Gegen Mahnbescheide bitten wir, sofort Widerspruch einzulegen.**

Briefe, Rechnungen und sonstige Schriftstücke bitte unverzüglich nach Erhalt einsenden, dies gilt insbesondere für Klageschriften, Mahnbescheide und Prozeßkostenhilfegesuche.

HVSG/EC,CA,UN,VM/10/6.01