

SCHADENANZEIGE

zur Haftpflicht-Versicherung

(Eingangsstempel)

ECCLESIA

UNION

VMD



Schaden-Nr.

Es handelt sich um eine Erstmeldung.

Der Schaden wurde bereits telefonisch schriftlich per Telefax am _____ gemeldet.

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

Ecclesia Gruppe
Postfach
32754 Detmold

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:

Land Nordrhein-Westfalen vertreten durch das
Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie
Fürstenwall 25

40219 Düsseldorf

Kunden-Nr./AZ: 0809 07 0001
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?

ja, gegen

nein

Tagebuch-Nr.

10. Hat der Verursacher einen vermeidbaren Fehler begangen?

ja, weil

Hätte der Verursacher den Schaden verhindern können?

nein, weil

11. Liegt eine Aufsichtspflichtverletzung vor?

ja, weil

nein, weil

12. Wer war Aufsichtsführender?	Name:	Beruf:
13. Welche Person trifft ein Mitverschulden?	<input type="checkbox"/> Geschädigten <input type="checkbox"/> Sonstige	
Sachschäden		
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:)	
Körperschäden		
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)