

# Schadenanzeige zur Haftpflichtversicherung



Ecclesia Versicherungsdienst GmbH • Ecclesiastraße 1 – 4 • 32758 Detmold • Telefon +49 5231 603-0 • Telefax +49 5231 603-197

Unsere Schadennummer:		Kundennummer: 0023030100		
<input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine Erstmeldung. <input type="checkbox"/> Der Schaden wurde bereits <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> per Telefax <input type="checkbox"/> per E-Mail am _____ gemeldet.				
Versicherungsnehmer: Titel, Vor- und Zuname Land Brandenburg, Land Brandenburg, vertreten durch Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg			Anschrift Henning-von-Tresckow-Str. 2-13, 14467 Potsdam	
Kontaktdaten (Telefon, Telefax, E-Mail)			Risiko (z.B. Heim, Betriebsteil)	
Versicherungsscheinnummer	Schadentag	Uhrzeit	festgestellt am	Geschätzte/vermutliche Schadenhöhe
AS-0184448722				<b>Euro</b>
<b>1. Schadenort:</b>				
<b>2. Verursacher:</b>				
Titel, Vor- und Zuname			Anschrift	
Kontaktdaten (Telefon, Telefax, E-Mail)			Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Mitarbeitender	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Betreuter	<input type="checkbox"/> Heimbewohner	
<input type="checkbox"/> ehren-/nebenamtlicher Helfer		<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienst	
<input type="checkbox"/> Teilnehmer einer Veranstaltung		<input type="checkbox"/> Sonstige:		
<b>3. Besteht persönlich seitens des Verursachers eine separate Haftpflicht-Versicherung?</b>				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Name, Anschrift, Policen-Nr.):				
<b>4. War der o.g. Verursacher zum Schadenzeitpunkt deliktunfähig?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
<b>5. Geschädigter</b>				
Titel, Vor- und Zuname		Anschrift		Beruf
<input type="checkbox"/> Mitarbeitender	<input type="checkbox"/> Betreuter	<input type="checkbox"/> Kunde		
<input type="checkbox"/> ehren-/nebenamtlicher Helfer	<input type="checkbox"/> Bewohner	<input type="checkbox"/> Patient		
<input type="checkbox"/> Teilnehmer einer Veranstaltung		<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Ist der Geschädigte vorsteuerabzugsberechtigt?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ %	
<b>6. Schadenschilderung:</b> Geben Sie bitte eine ausführliche Schilderung des Vorgangs (ggf. weiteres Blatt benutzen)				
<b>Welche Personen haben ein vermeidbares Fehlverhalten begangen?</b>				
Titel, Vor- und Zuname		Anschrift		
<b>7. Hätte der Verursacher den Schaden verhindern können?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
<b>8. Wer kann zum Schadenhergang Auskunft geben?</b>				
Titel, Vor- und Zuname		Anschrift		

<b>9. Ermittlungs-/Bußgeldverfahren der Polizei?</b>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen:	
Tagebuchnummer:	
<b>10. Liegt eine Aufsichtspflichtverletzung vor?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____	
<b>11. Wer war Aufsichtsführender?</b>	Name: _____
	Beruf: _____
<b>12. Welche Person trifft ein Mitverschulden?</b>	<input type="checkbox"/> Geschädigter <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Sachschäden</b>	
<b>13. Welche Sachen wurden beschädigt?</b>	
_____	
_____	
Geschätzte Reparaturkosten	_____ €
	<input type="checkbox"/> Totalschaden (Nachweis der Fachfirma, ggf. beifügen)
<b>14. Wann wurden die Sachen angeschafft und zu welchem Preis?</b>	_____ €
<b>15. Kann darüber ein Nachweis erbracht werden?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Belege beifügen)
<b>16. Haben Sie die Sachen besichtigt? (ggf. Foto beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>17. Hatten Sie die Sachen vom Geschädigten</b>	<input type="checkbox"/> gemietet? <input type="checkbox"/> geliehen?
	<input type="checkbox"/> gepachtet? <input type="checkbox"/> zur Verwahrung?
	<input type="checkbox"/> geleast? <input type="checkbox"/> zur Bearbeitung?
	<input type="checkbox"/> als kurzfristige Gebrauchsüberlassung?
	Zeitraum: _____
<b>Körperschäden</b>	
<b>18. Welche Verletzungen liegen vor?</b>	
_____	
<b>19. Alter und Familienstand der verletzten Person</b>	
Pflegegrad? (z.B. Altenheim) _____	
Beruf der verletzten Person _____	
<b>20. Welcher Krankenkasse gehört der/die Verletzte an? (Anschrift)</b>	
_____	
<b>21. Liegt ein Betriebsunfall vor?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>22. Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?</b>	
<b>23. Bankverbindung (bitte stets angeben): Die Zahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:</b>	
Zahlungsempfänger: Name, Anschrift _____	
IBAN	BIC
Kreditinstitut	Kontoinhaber

**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 Erhalten einsenden, dies gilt insbesondere für Klageschriften, Mahnbescheide und Prozesskostenhilfesuche.

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass eine grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche, unterlassene oder verspätete Beantwortung der vorstehenden Fragen zu (vollständiger oder teilweiser) Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Datenschutzerklärung und Information nach Artikel 13 und 14 DSGVO ist als Anlage beigefügt und Bestand dieser Schadenanzeige.

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers