

# SCHADENANZEIGE

## zur Haftpflicht-Versicherung

**ECCLESIA**  
Versicherungsdienst  
GmbH

Zentralstelle für das  
Versicherungswesen  
von Kirche und Diakonie  
Ursprung 1909

Schaden max. 1.500 €

Schaden über 1.500 €

Schaden-Nr.

BITTE ZU JEDEM SCHADENFALL EINE SCHADENANZEIGE ANFERTIGEN UND UNS IN ZWEI EXEMPLAREN EINREICHEN!

Versicherungsnehmer:

KIRCHENKREIS SOEST

Anschrift:

Kreiskirchenamt Soest/Arnsberg,  
Puppenstr. 3-5  
59494 Soest

Telefon/Telefax:

Tel.: 02921-396-0, Fax: 02921/396-155

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

- Bitte vollständig ausfüllen! -

Es handelt sich um eine Erstmeldung

Der Schaden wurde bereits

telefonisch

schriftlich

per Telefax

am

gemeldet.

Vers.-Nr./Kunden-Nr.:

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

**geschätzte Schadenhöhe in €:**

### Schadenort:

1. Verursacher (bitte rechts angeben!)

Mitarbeiter

Patient

Heimbewohner

ehren-/neben-  
amtlicher Helfer

Teilnehmer einer  
Veranstaltung

unbekannt

Name:

Geb.-Datum:

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

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

Versicherungs-Nr.:

nein

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

ja, weil

nein

4. Schadenschilderung

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

5. Ermittlungs-/Bußgeldverfahren der Polizei?

ja, gegen

nein

6. Hat der Verursacher einen vermeidbaren Fehler  
begangen?

ja, weil

nein

7. Hätte der Verursacher den Schaden verhindern  
können?

ja, weil

nein

8. Liegt eine Aufsichtspflichtverletzung vor?

ja, weil

nein, weil

9. Wer war Aufsichtsführender?

Name:

Beruf:

10. Welche Person trifft ein Mitverschulden?

Geschädigten

Sonstige

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 Prozeßkostenhilfesuche.

<b>11. Geschädigter</b> <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> neben-/ehrenamtlicher Helfer <input type="checkbox"/> Teilnehmer einer Veranstaltung <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> Sonstige	Beruf: Name und Anschrift: Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja = <input type="checkbox"/> nein
<b>Sachschäden</b> 12. Welche Sachen wurden beschädigt? 13. Wann wurden die Sachen angeschafft und zu welchem Preis? 14. Kann darüber ggf. ein Nachweis erbracht werden? 15. Haben Sie die Sachen besichtigt? 16. Hatten Sie die Sachen vom Geschädigten	Beschädigt wurden:  Geschätzte Reparaturkosten: <input type="checkbox"/> Totalschaden (Nachweis von Fachfirma ggf. beifügen)  Damaliger Preis: <input type="checkbox"/> ja (Belege beifügen) <input type="checkbox"/> nein   Kaufdatum:  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 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> 17. Welche Verletzungen liegen vor? 18. Ist mit einem Dauerschaden zu rechnen? 20. a) Alter der verletzten Person b) Familienstand c) Beruf 21. Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? 22. Liegt ein Betriebsunfall vor? 23. Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?	<input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> nein a) b) c)  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
24. Zahlungsempfänger: (bitte vollständige Anschrift) 25. Bankverbindung (ab 5.000 DM):	Konto-Nr.: <input type="checkbox"/> BLZ: Geldinstitut: Kontoinhaber:

Die vorstehenden Angaben habe(n) ich/wir wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person ihre Niederschrift vornimmt. Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben führen auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in alle diesen Vorfall betreffende Akten einzusehen und ggf. Abschriften anzufertigen.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, daß die in diesem Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Vertrags- und Schadendaten ggf. auch von Mit- oder Nebenversicherern gespeichert und an die betroffenen Rückversicherer, an die Versicherer sowie die zuständigen Fachverbände zum gleichen Zweck übermittelt werden, soweit dies zur üblichen Betreuung oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist.

Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Wir sind damit einverstanden, daß die Abwicklung ohne vorherige Information ggf. direkt mit den Geschädigten erfolgen kann.

**Soest, den**

(Ort / Datum)

(Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers)