

# SCHADENANZEIGE

## zur Haftpflicht-Versicherung

(Eingangsstempel)

ECCLESIA

Versicherungsdienst  
GmbH

Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

Es handelt sich um eine Erstmeldung.

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

Risiko (Initiative, Projekt, Verein usw.): \_\_\_\_\_

**Ecclesia  
Versicherungsdienst GmbH  
Postfach  
32754 Detmold**

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:

**Land Brandenburg  
vertreten durch Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie  
Heinrich-Mann-Allee 103  
14473 Potsdam**

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)

Die Zahlung soll durch / über die Ecclesia Gruppe auf folgendes Konto erfolgen:

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)?

---

---

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

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.

**Hinweis:** Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht.

Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadensfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

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)