

## Der Versicherungsfall: Haftpflichtversicherung und Unfallversicherung

Die wichtigen Adressen für den Schadensfall:

- zuständig für die Haftpflichtversicherung ist der  
ECCLESIA Versicherungsdienst GmbH  
Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold  
Tel.: 05231/603-6112 / Fax: 05231/603-197  
[www.ecclesia.de](http://www.ecclesia.de)
- zuständig für die Unfallversicherung ist die  
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege  
Postfach 760224, 22052 Hamburg  
Telefon: 01803/670671  
Email: [beitraege-versicherungen@bgw-online.de](mailto:beitraege-versicherungen@bgw-online.de)  
[www.bgw-online.de](http://www.bgw-online.de)

Bitte beachten Sie, in einem Schadensfall hat die Kirchengemeinde die Regulierungspflicht in Absprache mit der/dem Geschädigten bzw. Schadenverursachers.

Die Formulare zur Schadensmeldung finden Sie nachfolgend:

# 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.):

Sammelvertrag Ehrenamt

**Ecclesia Gruppe**  
**Postfach**  
**32754 Detmold**

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:

Land Rheinland-Pfalz  
– Staatskanzlei –  
Peter-Altmeier-Allee 1  
55116 Mainz

Kunden-Nr./AZ: 0009030141/0600

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

Schaden max.

1.500,-- €

Schaden über 1.500,-- €

Freizeit-VB-Nr.:

Vers.-Schein-Nr.:

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 deliktunfähig?

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

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

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)

# SCHADENANZEIGE

## zur Unfall-Versicherung

 ECCLESIA UNION VMD

ECCLESIA Gruppe

Schaden-Nr.

Aktenzeichen:

Versicherungsnehmer:

Anschrift:

Telefon/Telefax:

Land Rheinland-Pfalz  
- Staatskanzlei -  
Peter-Altmeier-Allee 1  
55116 Mainz

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

Sammelvertrag Ehrenamt

**- Bitte vollständig ausfüllen! -** Es handelt sich um eine Erstmeldung Der Schaden wurde bereits  
am  telefonisch  schriftlich  per Telefax  per E-mail  
gemeldet.

Kunden-Nr.: 0009030141/0800

VB-Nr.:

Vers-Schein-Nr.:

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

**Verletzte Person**

Name, Vorname der verletzten Person

Geburtsdag der verletzten Person

Berufliche Tätigkeit (bitte genau angeben)

Telefon

Straße, Nr., Postleitzahl, Wohnort

Bei Minderjährigen: Zuname, Vorname, Beruf des gesetzlichen Vertreters

**Versicherungssumme in €**

Tagegeld ab Tag	Invalitäts-Kapital	Invalitäts-Rente	Tod	Heilkosten	Krankenhaus-Tagegeld	Genesungsgeld

**Angaben zum Unfall**

1. Unfallort:

2. Unfall während:

- 
- Kindergarten/Tagesstätte
- 
- Schulbesuch
- 
- Heimaufenthalt
- 
- Freizeit
- 
- 
- hauptberuflicher Tätigkeit
- 
- nebenberuflicher Tätigkeit
- 
- ehrenamtlicher Tätigkeit
- 
- Honorartätigkeit
- 
- 
- Beamter
- 
- Zivildienstleistender
- 
- Sonstige Personen =
- 
- 
- Teilnahme an einer Veranstaltung (Veranstaltung = )

3. a) Wurde die gesetzliche Unfall-Versicherung eingeschaltet?

a)  ja  nein

b) Welcher Berufsgenossenschaft bzw. Ausführungsbehörde für Unfall-Versicherung wurde der Unfall gemeldet?

BG:

in:

Aktenzeichen

4. Bitte beschreiben Sie den Beruf/die Tätigkeit (s. Pos. 2):

5. Für welche Firma/Institution erfolgte die Tätigkeit (s. Pos. 2)?:

6. Unfall auf dem direkten Zu- oder Abweg zu der Tätigkeit bzw. der Veranstaltung?

 ja  nein

7. Verletzte Körperteile/Art der Verletzungen?

8. Mögliche Dauerschäden?

9. Ist der Verletzte verstorben?

 nein  ja (Bitte informieren Sie uns sofort!)

10. Unfallhergang (welches von außen auf die Person einwirkende Ereignis hat zu dem Unfall geführt?)

1. a) Welche Personen sind bei dem Unfall zugegen gewesen? b) Wer hat den Unfall verschuldet und in welcher Weise? c) Welche Polizeidienststelle hat ein Protokoll aufgenommen? d) Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? e) Wurde eine Blutprobe entnommen?	a) b) c) d) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja = e) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Ergebnis:        %												
12. a) Bereits erlittene vorherige Unfälle? b) Vorerkrankungen/Beeinträchtigungen vor dem Unfall?	a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja												
13. a) Wo befindet sich die verletzte Person? b) Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Bei welchem Arzt? c) Worauf ist das (etwaige) Versäumnis sofortiger ärztlicher Hilfe zurückzuführen? d) Fand stationäre Krankenhausbehandlung statt? <b>Wenn Krankenhaustagegeld versichert ist: Bitte ärztliche Bescheinigung mit Kurzdiagnose über die Dauer der stationären Behandlung beifügen.</b> e) Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes f) Welche Anordnung hat er getroffen? g) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?	a) b) am                    um                    Uhr                    bei c) d) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom                    bis e) f) g) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit												
14. a) Welchen Teil der Berufstätigkeit kann die verletzte Person zur Zeit wieder ausüben? b) Ist die verletzte Person wieder voll arbeitsfähig? c) Wieviel Zeit wird die Heilung nach Ansicht des Arztes noch in Anspruch nehmen?	a) b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit c)												
15. a) Hat die verletzte Person schon früher eine Unfallentschädigung erhalten? b) Bestanden oder bestehen noch weitere - Unfallversicherungen? - Lebensversicherungen? - Krankenversicherungen? (gesetzlich oder privat)	a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am                    € von: b) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Vers.-Nr.</th> <th>Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Vers.-Nr.	Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	Vers.-Nr.	Versicherungs-Gesellschaft (Name und Ort)											
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
16. Wohin sollen fällige Versicherungsleistungen überwiesen werden? Bankverbindung: (Bitte immer angeben)	Konto-Nr.:                    BLZ: Geldinstitut: Kontoinhaber:												

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinden wir hiermit gegenüber dem Versicherer, dem Versicherungsmakler und dem Versicherungsnehmer bzw. der dazugehörigen Einrichtungen/Institutionen sowie allen mit der Beurteilung beauftragten Personen von ihrer Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Außerdem ermächtigen wir andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, unserer Versicherer Auskünfte zu erteilen.

Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht. Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit verantwortlich, auch wenn eine andere Person Ihre Unterschrift 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 Sachverständige übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person (ggf. Erziehungsberechtigte)

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers