

Schadenanzeige – Vermögensschadenhaftpflicht



LKV Landesverbands-Kleingartenversicherungsservice GmbH
Mittelstr. 12-14 Haus B
50672 Köln
Fon: 0221 2924 555 0
schaden@lkv-service.de

Bitte reichen Sie die Schadenanzeige vollständig ausgefüllt und unterzeichnet über den Verein und Verband ein.

VOM VEREIN AUSZUFÜLLEN

Ansprechpartner*in im Verein / Kontaktdaten:

Namen des Vereins:	Ansprechpartner:	Telefon:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsbeginn:	Unterschrift des Vereinsbeauftragten:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: <input type="text"/>		

VOM LANDESVERBAND AUSZUFÜLLEN:

Landesverband:	Stempel des Landesverbandes:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VON PÄCHTERIN / VOM PÄCHTER / GESCHÄDIGTEN PERSON AUSZUFÜLLEN

1. Angaben zur verursachenden Person (wenn nicht Pächter*in)

Anrede:	Titel:	Name:	Vorname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	Hausnummer:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Postleitzahl:	Ort:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	Beruf/Arbeitgeber:	Telefon:	E-Mailadresse:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vereinsmitglied seit:	<input type="text"/>		

Name und Anschrift der Pächterin / des Pächters (wenn nicht verursachende Person)

Anrede:	Titel:	Name:	Vorname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	Hausnummer:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Postleitzahl:	Ort:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	Beruf / Arbeitgeber:	Telefon:	E-Mailadresse:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



2. Angaben zur geschädigten Person

Anrede:	Titel:	Name:	Vorname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:		Hausnummer:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postleitzahl:		Ort:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum:	Beruf/Arbeitgeber:	Telefon:	E-Mailadresse:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschafts-/Angestelltenverhältnis zum Versicherungsnehmer		Verhältnis versicherte/verletzte Person zum Pächter	
<input type="text"/>		häusliche Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

3. Angaben zum Schaden

Schadenort:

Straße:	Hausnummer:	Postleitzahl:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wann ereignete sich der Schaden?

Datum:	Uhrzeit:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie ist der Schaden entstanden? Bitte schildern Sie ausführlich den Schadenhergang. (ggf. bitte zusätzliches Blatt verwenden)

Waren weitere Personen an der Entstehung des Schadens beteiligt? Falls ja, wie?

Welcher Schaden ist eingetreten? Wodurch?



4. Weitere Angaben

Wurden von dem Geschädigten bereits Schadenersatzansprüche gestellt?	Falls ja, ...
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich (Schriftstücke bitte beifügen)
Hat der Geschädigte den Schaden ganz oder teilweise selbst verschuldet?	Falls ja, weil:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Stellen Sie selbst Schadenersatzansprüche?	Falls ja, gegen wen?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

5. Sind Zeugen vorhanden?

	Name:	Anschrift:	Kontaktdaten (Mailadresse, Telefon):
Zeug*in 1:			
Zeug*in 2:			
Zeug*in 3:			

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?

Nein Ja, Polizeidienststelle: _____ / Tagebuchnummer: _____

6. Bestand zum Schadenzeitpunkt eine weitere Haftpflichtversicherung?

Ja Nein

Falls ja, bei welcher Gesellschaft? Name, Anschrift der Gesellschaft:

Versicherungsscheinnummer: Ist der Schaden dort gemeldet worden?

Nein Ja, Schadennummer dort: _____

7. Gebietsfremde

Falls Sie innerhalb der letzten sechs Monate Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland hatten oder zu einer der folgenden Berufsgruppen zählen, bitten wir um Mitteilung, da wir gemäß § 26 Außenwirtschaftsgesetz (AWG) in Verbindung mit §§ 59 ff. der Außenwirtschaftsverordnung (AWV) verpflichtet sind, Zahlungen an gebietsfremde Personen an die Deutsche Bundesbank zu melden. Berufsgruppen: ausländische Studenten, Diplomaten, Armeeangehörige (ausgenommen Bundeswehr) sowie deren Familienmitglieder.

ja, ich bin gebietsfremd.

Sofern an dieser Stelle von Ihnen keine Angaben gemacht wurden, gehen wir davon aus, dass Sie gebietsansässig sind.

8. Bankverbindung für Entschädigungszahlung

Bankverbindung: Name des Geldinstituts	Kontoninhaber:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN:	BIC:
<input type="text"/>	<input type="text"/>



9. Erklärung der Versicherungsnehmerin / des Versicherungsnehmers (Landesverband) und der Schaden stiftenden Person

Es besteht die vertragliche Obliegenheit uns alle Auskünfte zu erteilen und Belege zur Verfügung zu stellen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht sowie zur Aufklärung des Tatbestands erforderlich sind. Vorsätzlich wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben können zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachte Angaben können zur Kürzung der Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens führen. Dies gilt nicht, soweit Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Die in dieser Schadenanzeige enthaltenen Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Die Angaben, auch wenn sie durch andere niedergeschrieben wurden, sind korrekt. Für die Richtigkeit der Antworten übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person die alleinige Verantwortung.

Mit der Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch die Janitos Versicherung AG zum Zwecke der Schadenbearbeitung erkläre ich mich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehende Belehrung selbst gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum:

Unterschrift der Versicherungsnehmerin / des Versicherungsnehmers:

Ort, Datum:

Unterschrift Verursacherin*in