

Schadenanzeige – Kleingarten Gebäude und Inhalt



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

Sturm / Hagel Feuer Einbruchdiebstahl Glasbruch

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:

Grundversicherung:

Höherversicherung:

Inhalt _____ EUR

Inhalt _____ EUR

Grundversicherung:

Höherversicherung:

Gebäude _____ EUR

Gebäude _____ EUR

Zusatzversicherungen:

Versicherungsbeginn:

Beitrag entrichtet?

Unterschrift des Vereinsbeauftragten:

Nein Ja, am: _____

VOM LANDESVERBAND AUSZUFÜLLEN:

Landesverband:

Stempel des Landesverbandes:

Schadenanzeige – Kleingarten Gebäude und Inhalt



VON PÄCHTERIN / VOM PÄCHTER AUSZUFÜLLEN

1. Allgemeine Daten

Name und Anschrift der Pächterin / des Pächters:

Name:			Vorname:		
Straße / Hausnummer:			Postleitzahl / Ort:		
Telefon:	E-Mailadresse:				
Schadendatum:	Uhrzeit:	Meldedatum:			

Angaben zum Schadenort und -hergang:

Fläche Nr.:	Festes Vordach vorhanden? Größe?	
Baujahr der Laube:	Grundfläche: _____ qm	Bedachung (Art und Material): z.B. Flachdach, Teerpappe:
Fundament:	Nebengebäude:	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Gewächshaus: _____ qm, Bauart: _____ Gerätehaus: _____ qm, Bauart: _____	

Bitte schildern Sie ausführlich den Schadenhergang:

--

2. Bitte nur bei Einbruchdiebstahl ausfüllen

Wo und welcher Polizeistelle wurde der Schaden gemeldet?

Datum:	Uhrzeit:	Dienststelle:	Aktenzeichen:
Anschritt:			
Wo wurde eingebrochen:			
Laube: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nebengebäude: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Wichtig: Jeder Einbruchdiebstahl muss sofort polizeilich gemeldet werden. Eine Aufstellung über die entwendeten Gegenstände ist der Polizei umgehend vorzulegen. Die Nachricht der Staatsanwaltschaft über eine Verfahrenseinstellung leiten Sie bitte direkt an uns weiter.

Schadenanzeige – Kleingarten Gebäude und Inhalt



Umfang der Beschädigung:

Waren die Türen ins Schloss gezogen verschlossen offen verriegelt

Waren Fenster oder sonstige Öffnungen: in Kippstellung geschlossen geöffnet

Welche Einbruchspuren sind an Türen und Fenstern vorhanden?

Was verwendete der Täter zum Öffnen? Originalschlüssel Nachschlüssel sonstiges:

Welche Schlösser besitzen die vom Täter geöffneten Türen? z. B. Vorhänge-, Zylinder-, Bartschloss

Wo befanden sich die Originalschlüssel zum Schadenzeitpunkt?

Sind vor dem Schaden Schlüssel abhanden gekommen? ja nein

Welche Personen besitzen außerdem Schlüssel zu den Türen?

Name:

Vorname:

Straße / Hausnummer:

Postleitzahl / Ort:

Bei Aufbruch von Behältnissen:

Welche Behältnisse wurden aufgebrochen? (z. B. Schrank, Schreibtisch)

Wie wurde das Behältnis geöffnet?

Welche Gegenstände wurden aus dem Behältnis entwendet?

Sind abhanden gekommene Sachen wiederaufgetaucht? Wenn ja, welche? (Bitte wiederaufgefundene Sachen auch nachmelden!)

Bitte nur bei Brandschäden ausfüllen

Wurde der Brand polizeilich gemeldet? ja nein

Datum:

Uhrzeit:

Dienststelle:

Aktenzeichen:

4. Bitte nur bei Sturm- oder Hagelschäden ausfüllen

Sind an dem Schadentag in der näheren Umgebung weitere Sturmschäden eingetreten?

Welches Gebäude wurde beschädigt?

Laube: Ja Nein

Nebengebäude: Ja Nein

Gewächshaus: Ja Nein

Sind am Schadentag in der näheren Umgebung weitere Sturmschäden eingetreten?

 Nein Ja, wo:

Schadenanzeige – Kleingarten Gebäude und Inhalt



5. Bitte nur bei Glasschäden ausfüllen

Gehört das beschädigte Glas: zum Gebäude zum Nebengebäude zum Gewächshaus

Sofern der Schaden durch eine 3. Person verursacht wurde:

Name: Vorname:

Straße / Hausnummer: Postleitzahl / Ort:

Besteht für den Schadenverursacher eine Haftpflichtversicherung? ja nein

6. Schadenaufstellung (bitte bei jeder Schadenart ausfüllen)

Gegenstand (Stückzahl und genaue Bezeichnung, ggf. Herstellerfirma)	Anschaffungszeitpunkt (Monat + Jahr)	Anschaffungspreis	Wiederbeschaffungspreis	Schadenhöhe (z. B. Reparaturkosten)	Vorübergehend in den versicherten Gebäuden?	fremdes Eigentum	Totalschaden	Anschaffungsbeleg
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Befanden sich die vom Schaden betroffenen Sachen außerhalb der versicherten Gebäude? ja nein
wenn ja, welche?

Umfang der Beschädigung bei Glasschäden:

Anzahl	Glasart (z.B. Isolierglas)	Höhe in cm	Breite in cm	Eigentümer des beschädigten Glases	Art der Beschädigung (z.B. gebrochen, zerkratzt, gesplittert)	Verwendungsart (z.B. Tischplatte)

7. Weitere Versicherungen

Sind die beschädigten Gegenstände noch anderweitig versichert? ja nein

Versicherer: Versicherungssumme: Versicherungsnummer:

Wurde der Schaden dort gemeldet? ja, Datum: nein



8. Vorschäden

Hatten Sie schon früher Schäden? ja nein

Wurde diese Schäden gemeldet? ja nein

Falls ja, Versicherer:

9. 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, Armeeingehörige (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.

10. Bankverbindung für Entschädigungszahlung

Bankverbindung: Name des Geldinstituts

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

11. Erklärung der Pächterin / des Pächters

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 Pächterin / des Pächters

Schadenanzeige – Unfall



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:	Beitrag entrichtet?	Unterschrift des Vereinsbeauftragten:	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: <input type="text"/>	<input type="text"/>	

VOM LANDESVERBAND AUSZUFÜLLEN:

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

VON PÄCHTERIN / VOM PÄCHTER / GESCHÄDIGTEN PERSON AUSZUFÜLLEN

1. Wichtige Daten

Schadendatum:	Uhrzeit:	Meldedatum:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name und Anschrift der Pächterin / des Pächters:			
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"/>

Schadenanzeige – Unfall



2. Versicherte / Verletzte 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"/>
Verhältnis versicherte / verletzte Person zur Pächterin / zum Pächter:		häusliche Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

3. Bankverbindung für Entschädigungszahlungen

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

4. Angaben zum Unfallgeschehen

Unfallort?			
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"/>

Bitte schildern Sie uns den Unfallhergang so ausführlich wie möglich (ggf. bitte auf gesondertem Blatt).

Welche Tätigkeit wurde zum Unfallzeitpunkt ausgeübt?



5. Weitere Angaben zum Unfallgeschehen und zur Behandlung der Unfallfolgen

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

Nein Ja, Polizeidienststelle: _____ / Tagebuchnummer: _____

Ist ein Strafverfahren anhängig?

Nein Ja, Staatsanwaltschaft: _____ / Aktenzeichen: _____

Welche Augenzeugen des Unfalls können Sie nennen? (bitte Namen und Anschriften angeben)

Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken?

Nein Ja, was und welche Menge? _____ / Wann? _____ (Datum / Uhrzeit)

Wurde der Verletzten Person eine Blutprobe entnommen?

Ja Nein

Wenn ja, wie hoch war der Blutalkoholgehalt in ‰ zum Unfallzeitpunkt?

Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?

Ja Nein

Wenn ja, Art der Medikamente bzw. Rauschmittel?

War die Ursache für den Unfall eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall, Epilepsie oder dergleichen)?

Ja Nein

Welche Verletzungen sind durch das Unfallereignis aufgetreten (Art der Verletzung, betroffene Körperteile)?

Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe geleistet? (Datum / Uhrzeit)

Ärztin / Arzt / Klinik (Name und Anschrift):

Wann und durch wen wurde die Behandlung fortgesetzt? (Datum / Uhrzeit)

Ärztin / Arzt / Klinik (Name und Anschrift):

Ist / war eine stationäre Behandlung erforderlich?

Nein Ja, seit _____ / Wie lange wird diese voraussichtlich dauern? _____ / Beendet am? _____

Findet / fand eine ambulante Behandlung statt?

Nein Ja, seit _____ / Wie lange wird diese voraussichtlich dauern? _____ / Beendet am? _____

Hat die verletzte Person schon früher Unfälle erlitten?

Ja Nein

Welche Folgen hatten diese früheren Unfälle?

Besteht für die verletzte Person ein Pflegegrad oder wurde diese beantragt?

Nein Ja, seit _____ / Welche Pflegestufe besteht bei der Verletzten Person _____

Bestand schon vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung?

Nein Ja, in welchem Grad? _____

Falls ja, wodurch?



6. Angaben zu Versicherungen / Sozialversicherungsträgern

Besteht für die verletzte Person noch eine weitere Unfallversicherung?

Nein Ja, bitte geben Sie uns den Namen, die Anschrift sowie die Versicherungsscheinnummer(n) der weiteren Versicherung(en) bekannt:

Besteht für die verletzte Person eine private oder gesetzliche Krankenversicherung?

Nein Ja, bitte geben Sie uns den Namen, die Anschrift sowie die Versicherungsscheinnummer(n) der weiteren Versicherung(en) bekannt:

7. Bei Unfällen außerhalb der Gartenanlage

War die verletzte Person auf dem direkten Wege von der Wohnung oder Arbeitsstätte zum Garten oder umgekehrt?

Ja Nein

8. Bei Unfällen mit Fahrzeugen

Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt?

PKW Krad / Roller Fahrrad Sonstiges _____

War die verletzte Person Lenker dieses Fahrzeugs?

Nein Ja

War der Fahrzeuglenker im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?

Nein Ja

9. 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, Armeeingehörige (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.

10. Erklärung der Pächterin / des Pächters und der verletzten 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 Pächterin / des Pächters:

Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Pächter*in)

Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter*in

Bitte beachten Sie: Wir können für Sie nur tätig werden, wenn Sie uns die beiliegenden Schweigepflicht-entbindungserklärung unterschrieben und angekreuzt mit der Schadenanzeige zurücksenden.



11. Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Weiterbearbeitung benötigen wir Arztberichte bzw. Auskünfte. Dazu muss die betreffende Stelle von ihrer Schweigepflicht entbunden werden. Wir bitten Sie deshalb, die folgende Erklärung zu ergänzen und zu unterschreiben:

Schadennummer:

Versicherungsscheinnummer:

--	--

Ereignis vom:

--

Einwilligung und Schweigepflichtenbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Janitos Versicherung AG (kurz: Janitos) die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Janitos benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtenbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Janitos – soweit es für die für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die Janitos übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Janitos an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Janitos tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Janitos informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich - in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Janitos einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Janitos einwillige - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Stellung des Versicherungsantrags beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Janitos konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrags vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Janitos benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Janitos meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckent-sprechend verwendet und die Ergebnisse an die Janitos zurück über-mittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Janitos tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbständigen Vermittler

Wir haben Sie im Antragsformular auch darauf hingewiesen, dass es dazu kommen kann, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gem. § 203 StGB geschützten Informationen über Ihren Vertrag darstellen, dem Sie betreuenden Versicherungsvermittler – soweit erforderlich – zur Kenntnis gegeben werden können. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat wird auch im Rahmen der Leistungsfallbear-beitung über den Bearbeitungsstand informiert. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

4. Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der absen-denden Stelle zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Prüfung der Schadenersatzan-sprüche wegen des geltend gemachten Personenschadens im Regelfall nicht möglich ist.

Ort, Datum:

--

Unterschrift der Pächterin / des Pächters:

--

Unterschrift der verletzten Person (falls nicht Pächter*in)

--

Unterschrift(en) gesetzliche(r) Vertreter*in

--

Schadenanzeige – Haftpflicht-Verein



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:	Beitrag entrichtet?	Unterschrift des Vereinsbeauftragten:	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: <input type="text"/>	<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"/>
Verhältnis geschädigte Person zur Pächterin / zum Pächter:		häusliche Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

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)

Entstand der Schaden anlässlich einer Veranstaltung des Vereins? Falls ja, Bezeichnung:

vereinsintern <input type="checkbox"/>	öffentlich <input type="checkbox"/>	Bitte fügen Sie eine Veranstaltungsbeschreibung bei (z.B. Flyer, Einladung, Ankündigung in der lokalen Presse)
--	-------------------------------------	--

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	<input type="text"/>
Stellen Sie selbst Schadenersatzansprüche?	Falls ja, gegen wen?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>



5. Sind Zeugen vorhanden?

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

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

Nein Ja, Polizeidienststelle: _____ / Tagebuchnummer: _____

6. Nur bei Sachschäden

Welche fremden Sachen wurden beschädigt, zerstört oder sind abhanden gekommen?

Falls bekannt: Wann, wo und zu welchem Preis wurde die Sache angeschafft?

Wie hoch schätzen Sie den Schaden in Euro?

Ist eine Reparatur möglich?

Ja Nein, weil: _____

War die beschädigte Sache von Ihnen...

geliehen gemietet gepachtet in Verwahrung genommen?

7. Nur bei Personenschäden

Worin besteht die Verletzung?

Bei verletzten Kindern (Daten der Erziehungsberechtigten: Name/Anschrift/Telefonnummer):

8. Bestand zum Schadenzeitpunkt eine weitere Haftpflichtversicherung?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Privat-Haftpflichtversicherung Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung Kraftfahrt-Haftpflichtversicherung

Name, Anschrift der Gesellschaft:

Versicherungsscheinnummer:

Ist der Schaden dort gemeldet worden?

Nein Ja, Schadennummer dort: _____

9. 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.



10. Bankverbindung für Entschädigungszahlung

Bankverbindung: Name des Geldinstituts

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

11. Erklärung der Pächterin / des Pächters und des Schadenverursachers

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 dergeschrieben 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 Pächterin / des Pächters

Ort, Datum:

Unterschrift Schadenverursacher*in, wenn nicht Pächter*in

Schadenanzeige – Dienstfahrtenkasko

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"/>
Amtl. Kennzeichen:	Versicherungsbeginn:	Beitrag entrichtet?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____	
Ort, Datum:		Unterschrift der / des Vereinsbeauftragte*n:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

VOM LANDESVERBAND AUSZUFÜLLEN:

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

VON DER FAHRERIN / DEM FAHRER AUSZUFÜLLEN

Angaben zum Fahrzeug

Name des Halters:	Erstzulassung:	Anschaffungsdatum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fahrzeughersteller:	Fahrzeugart und -typ:	Fahrgestellnummer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KW (PS):	Kaufpreis in EUR:	Gesamtleistung des Kfz in km:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schadenanzeige – Dienstfahrtenkasko



2. Angaben zur Fahrerin / zum Fahrer

Wer lenkte das Fahrzeug zum Schadenzeitpunkt?

Name:			Anschrift:		
Geburtsdatum:			Telefonnummer:		
Führerschein gültig:	Alkoholeinfluss / Rauschmittel:	Unfallflucht:			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Wurde eine Blutprobe entnommen			Führ die lenkende Person mit dem Einverständnis der Halterin / des Halters?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis der BAK _____ ‰ <input type="checkbox"/> nicht bekannt			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		

3. Angaben zum Schaden

Wann und wo war der Schaden?

Datum / Uhrzeit:	Schadenort:

Ausführliche und detaillierte Schilderung des Schadenhergangs (evtl. Skizze beifügen):

Zweck / Ziel der Fahrt:

4. Sind Zeugen vorhanden?

	Name:	Anschrift:	Kontaktdaten (Mailadresse, Telefon):	Insasse im eigenen Fahrzeug ja / nein:
Zeug*in 1:				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeug*in 2:				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeug*in 3:				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

5. Weitere Beteiligte (ggf. auf gesonderten Blatt ergänzen)

Name:	Anschrift:

Bei Beteiligung als Fahrzeugführer*in

Amtliches Kennzeichen:	Hersteller und Fahrzeugtyp:



Bei sonstiger Beteiligung

<input type="checkbox"/> Fußgänger*in	<input type="checkbox"/> Fahrradfahrer*in	Sonstiges <input type="checkbox"/> , als: _____
---------------------------------------	---	---

6. Angaben zum Fahrzeugschaden

Welche Fahrzeugteile sind beschädigt worden und welcher Art sind die Beschädigungen?

--

Wo kann das beschädigte Fahrzeug besichtigt werden?

--

Telefonnummer:

--

Anschrift Besichtigungsort:

--

Hatte das Fahrzeug schon früher Beschädigungen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Reparaturkosten in Euro:

--

Waren z. Zt. des Unfalls noch nicht beseitigte Schäden am Kfz?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

ggf. wo?

--

Sind Sie für das beschädigte Kfz vorsteuerabzugsberechtigt?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise: _____ %
-----------------------------	-------------------------------	---

Haben Sie eine Schutzbriefversicherung?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Bei welcher Versicherung?

--

Versicherungsnummer:

--

7. Bei welcher Versicherungsgesellschaft ist Ihr Fahrzeug Haftpflicht/Kasko versichert?

Name:

--

Teil- / Vollkasko:

mit _____ Selbstbeteiligung

Versicherungsschein-Nr.:

--

Ist der Schaden dort gemeldet worden?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Schadennummer dort: _____
-------------------------------	--

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, Armeeingehörige (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.



9. Bankverbindung für Entschädigungszahlung

Bankverbindung: Name des Geldinstituts

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

10. Erklärung der Pächterin / des Pächters und der Fahrerin / des Fahrers

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 edergeschrieben 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 Halterin / des Halters:

Ort, Datum:

Unterschrift der Fahrerin / des Fahrers:

Antrag Lauben- und Familien - Unfallversicherung



auf: Beitritt Änderung Pächterwechsel

zu den Gruppenversicherungsverträgen des Landesverband der Kleingartenvereine Schleswig-Holsteins e.V.,
Thiensen 16, 25373 Ellerhoop über die LKV Landesverbands-Kleingartenversicherungsservice GmbH
bei der Janitos Versicherung-AG

Name, Vorname:	Straße / Hausnummer:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postleitzahl / Ort:	Telefon:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verband (Kreis- Regional-, Stadtverband):	Kleingartenverein:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Parzellen-Nummer:	Abgebender Pächter: Name, Vorname (nur bei Pächterwechsel anzugeben):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Laubengröße m² Überdachter Freisitz m²
 Lauben mit einer Fläche über 24 m² sind nur versicherbar, sofern Bestandsschutz nach Bundeskleingartengesetz besteht.
 Versichert sind überdachte Freisitze nur, sofern die Fläche von Laube und überdachtem Freisitz 24 m² nicht übersteigt.

Ich beantrage ab dem den unten angekreuzten Versicherungsschutz gemäß dem Merkblatt zur Gebäude- und Inhaltsversicherung für Lauben auf Kleingartengrundstücken nach dem Bundeskleingartengesetz (Stand 07.2024) und dem Merkblatt über die Familien-Unfallversicherung für Kleingärtner des Landesverbandes/-bundes (Stand 07.2024) und bitte um entsprechende Eintragung in die Versichertenliste und Anforderung der von mir an den Landesverband zu zahlenden Jahresprämie.

Versicherungsumfang	Versicherungssummen	Bruttojahresprämie
Grundversicherung		
<input checked="" type="checkbox"/> Gebäude Feuer, Sturm und Hagel	10.000 €	35 €* <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Inhalt Feuer, Einbruchdiebstahl, Vandalismus, Sturm und Hagel	2.000 €	
<input type="checkbox"/> Glas	1.000 €	
<input type="checkbox"/> Höherversicherung Gebäude Feuer, Sturm und Hagel (1 € je 500 € Versicherungssumme)	<input type="text"/> € Höchstversicherungssumme 40.000 €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Höherversicherung Inhalt Feuer, Einbruchdiebstahl und Vandalismus (4 € je 500 € Versicherungssumme)	<input type="text"/> € Höchstversicherungssumme 10.000 €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung Solaranlage Feuer, Sturm und Hagel, Diebstahl (10 € je 200 € Versicherungssumme)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung Stromaggregate Feuer, Sturm und Hagel, Einbruchdiebstahl und Vandalismus (7 € je 500 € Versicherungssumme)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung Kunststoffgewächshäuser Feuer, Sturm und Hagel (1 € je 500 € Versicherungssumme)	<input type="text"/> € Höchstversicherungssumme 3.000 €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Familien-Unfallversicherung (3 € je Parzelle / Hauptversicherten)	Leistungsumfang siehe Merkblatt	<input type="text"/> €
Bruttojahresprämie inkl. Gebühren:		<input type="text"/> €

Die erste Gesamtjahresprämie ist unverzüglich nach Erklärung dieser Anmeldung auf Anforderung zur Zahlung fällig. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem beantragten Datum, frühestens jedoch mit dem Eingang der Gesamtjahresprämie beim Landesverband.

Die oben genannten Merkblätter habe ich erhalten. Ich erkläre mich einverstanden, dass die darin enthaltenen Bedingungen und die dort genannten weiteren Vertragsgrundlagen, insbesondere die im Merkblatt bezeichneten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, für mich bindend sind. Diese Anmeldung dient zugleich als Bestätigung für den Abschluss der Versicherung.

Die Beitrittserklärung kann innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen werden.

Weitere Informationen zum Datenschutz der Janitos Versicherung AG finden Sie unter:
www.janitos.de/media/downloads/datenschutz/datenschutzinformationsblatt_janitos_versicherung_ag.pdf

Ort, Datum:	Nur vom Verband auszufüllen	Verbandsstempel:
<input type="text"/>	Aufnahme bestätigt am:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Unterschrift des Antragstellers:	Unterschrift:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

* Bei Beitritt nach dem 01.07. im Kalenderjahr beträgt die Bruttojahresprämie im ersten Kalenderjahr nur 17,50 €.

Stand: Januar 2025