|  |  |
| --- | --- |
| Geben Sie hier bitte Ihre Absenderadresse ein |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungs– und Riskmanagement  Kanton St.Gallen  Davidstrasse 35  9001 St.Gallen | Adresse der anzeigenden KESB          Zuständig: Vorname/Name  Telefon:  E-Mail:  Datum: |

**Schadenanzeige**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Schaden-Art | Haftpflicht-/Schadenersatzansprüche | |
| 1. Datum und Ort des  Schadeneintritts |  | |
| 1. Geschädigte/r bzw.  Anspruchsteller/in | Vorname/Name/Adresse  Telefon/E-Mail | |
| 1. Kontaktdaten Beistand/ Beiständin für Rückfragen | Vorname/Name/Adresse  Telefon/E-Mail | |
| 1. Genaue Schadenhöhe | CHF 0.00  (Stellen Sie uns bitte eine detaillierte Zusammenstellung der Schadenpositionen als Beilage zu.) | |
| 1. Welches Recht des/der Verbeiständeten wurde missachtet?  (Widerrechtlichkeit?) | (z.B. Eigentum, Persönlichkeitsrecht, Vermögen usw.) | |
| 1. Wie ist der Zusammen­hang zwischen der Schadenursache und dem entstandenen Schaden? |  | |
| 1. Welche Pflichten wur­den verletzt? |  | |
| 1. Schilderung des Schadenhergangs/der Schadenursache |  | |
| Beilagen aufführen | | Unterschrift |