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

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungs– und RiskmanagementKanton St.GallenDavidstrasse 359001 St.Gallen | Adresse der anzeigenden KESB                    Zuständig: Vorname/NameTelefon:      E-Mail:      Datum:       |

**Schadenanzeige**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Schaden-Art
 | Haftpflicht-/Schadenersatzansprüche |
| 1. Datum und Ort des Schadeneintritts
 |       |
| 1. Geschädigte/r bzw. Anspruchsteller/in
 | Vorname/Name/AdresseTelefon/E-Mail |
| 1. Kontaktdaten Beistand/ Beiständin für Rückfragen
 | Vorname/Name/AdresseTelefon/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 |