

Meldeformular für mögliche Versicherungsfälle im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt im Bereich der Kirchen und deren Einrichtungen

Aktenzeichen (sofern vorhanden)	Datum
---------------------------------	-------

Allgemeine Daten

Name und Anschrift der meldenden öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaft oder deren Einrichtung:
Kundennummer/Unternehmensnummer:

Betroffene Person

Name und Vorname der betroffenen Person:
Geburtsdatum:
Ggf. gesetzliche/r Vertreter/in/Betreuer/in:
Anschrift:
Falls vorhanden, Telefonnummer:

Zustimmung der betroffenen Person zur Meldung inkl. Einverständnis mit der Weitergabe der zur Feststellung des Versicherungsfalles relevanten Unterlagen liegt vor

Angaben zur Tätigkeit

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beschäftigter/Beschäftigte | <input type="checkbox"/> Leiter/Leiterin Jugendgruppe/Teamer/Teamerin |
| <input type="checkbox"/> Ministrant/Ministrantin | <input type="checkbox"/> Praktikant/Praktikantin in der Kirchengemeinde |
| <input type="checkbox"/> Kirchenchormitglied | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: |

