

## Schadenmeldung zur Dienstreise-Kasko-Sammelversicherung der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers

Bitte zurücksenden an:

Schaden Krafftahrt 1 West  
Postanschrift: 30140 Hannover

E-Mail: schaden-kfz-1-w@vgh.de

### Versicherungs-Nr.

- Zutreffendes bitte ankreuzen -

**124-049.632.680**  
(hauptberufliche Mitarbeiter)

**124-049.632.920**  
(nebenberufliche und ehrenamtliche Mitarbeiter)

#### Hinweis

Die Dienstreise-Kaskoversicherung tritt ein, wenn

- a) anderweitig kein Versicherungsschutz besteht oder
- b) der Schaden **geringer** ist als die Summe aus Selbstbeteiligung und Verlust aus Schadenfreiheitsrabatt in der anderweitigen Kaskoversicherung oder
- c) der Schaden **höher** ist als die Summe aus Selbstbeteiligung und Verlust aus Schadenfreiheitsrabatt in der anderweitigen Kaskoversicherung. In diesem Fall ist die anderweitige Kaskoversicherung vorweg in Anspruch zu nehmen und es wird von hier aus die Selbstbeteiligung und der Verlust aus Schadenfreiheitsrabatt ersetzt.

Bitte Bestätigung des Kaskoversicherers beifügen.

Anspruchstellender Mitarbeiter	Fahrzeughalter
Name, Vorname	Name, Vorname
Anschrift	Anschrift
Funktion/Tätigkeit	
Telefonnummer tagsüber, Telefax	Telefonnummer tagsüber, Telefax
E-Mail-Adresse	E-Mail-Adresse

#### Angaben zum Fahrer

War der Fahrer im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis?

ja, seit

nein

Entfernte sich der Fahrer unerlaubt vom Unfallort?

ja

nein

Stand der Fahrer bei dem Unfall unter Alkohol- oder Drogeneinfluss?

ja

nein

Wurde eine Blutprobe entnommen?

ja \_\_\_\_\_ ‰

nein

Angaben zum Schadenhergang	
Schadentag / Uhrzeit	
Schadenort (Straße, Nr., Ort)	
<input type="checkbox"/> innerhalb	<input type="checkbox"/> außerhalb
geschlossener Ortschaft	

**Schadenhergang** (evtl. auch Zusatzblatt nutzen)

---



---



---

Wen trifft nach Ihrer Meinung ein Verschulden?

mich selbst

eigenen Fahrer

beide Beteiligte

Unfallgegner

Ich mache eigene Ansprüche geltend

ja

nein

Polizei, Tagebuchnummer (bitte fügen Sie ggf. eine Kopie der Anzeige im vereinfachten Verfahren bei)

keine Polizei

Zeugen: \_\_\_\_\_

## Angaben zum beschädigten Kfz

amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_ Hersteller / Typ \_\_\_\_\_ km-Stand \_\_\_\_\_ Fahrzeugidentifizierungsnummer \_\_\_\_\_

neu  gebraucht gekauft

Erstzulassung \_\_\_\_\_ Zahl der Vorbesitzer \_\_\_\_\_ Kaufdatum \_\_\_\_\_ Kaufpreis \_\_\_\_\_

Kann die Mehrwertsteuer abgesetzt werden?  ja  nein

Ist das Kfz geleast?  ja \_\_\_\_\_  nein  
Name und Anschrift des Leasinggebers \_\_\_\_\_

Was wurde beschädigt bzw. entwendet? **(Für entwendete Zubehörteile bitte Anschaffungsdatum und Preis angeben. Belege beifügen.)**

Voraussichtliche Reparaturkosten \_\_\_\_\_

Welche Vorschäden (auch reparierte) hat das Kfz erlitten? \_\_\_\_\_

Wann und wo kann das Kfz besichtigt werden (Anschrift und Telefonnummer) \_\_\_\_\_

Wurde bereits ein Sachverständiger eingeschaltet?  ja

Name und Anschrift des Sachverständigen \_\_\_\_\_  nein

### Besteht für das beschädigte Fahrzeug eine

Vollkaskoversicherung  ja, mit \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung, Schadenfreiheitsklasse \_\_\_\_\_  nein  
Mehrbeitrag durch diesen Schaden \_\_\_\_\_

Teilkaskoversicherung  ja, mit \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung  ohne Selbstbeteiligung

Name und Anschrift der Versicherung \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

### Für hauptberufliche Mitarbeiter (Versicherungsnummer 124-049.632.680)

Der Fahrzeugschaden trat bei einer Dienstreise von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ ein.

Es wird bestätigt, dass die Dienstreise angeordnet bzw. genehmigt war. Wegstreckenentschädigung darf gezahlt werden.

### Für nebenberufliche und ehrenamtliche Mitarbeiter (Versicherungsnummer 124-049.632.920)

Es wird bestätigt, dass der Fahrzeugschaden bei einer im kirchendienstlichen Interesse durchgeführten Fahrt eintrat.

### Eine Entschädigung soll gezahlt werden an

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**Mir ist bekannt, dass falsche, unvollständige oder verspätete Angaben, Belege und Unterlagen zum Fortfall des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese für die Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde oder der Höhe nach von Belang sind. Bei vorsätzlich falschen, unvollständigen oder verspäteten Angaben, Belegen und Unterlagen kann die Leistungspflicht vollständig entfallen. Beruhen diese lediglich auf grober Fahrlässigkeit, kann der Versicherer berechtigt sein, seine Leistung in einem der Schwere dieses Verschuldens entsprechenden Verhältnis, ggf. bis zum vollständigen Verlust des Anspruches, zu kürzen.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter/Fahrer \_\_\_\_\_

Unterschrift Fahrzeughalter \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der zuständigen kirchlichen Körperschaft \_\_\_\_\_