

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



Bitte zurücksenden an:

VGH Versicherungen  
Landschaftliche Brandkasse Hannover  
SH 4  
30140 Hannover  
Fax: (0511) 3 62 34 94

## 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 Verluste aus Schadenfreiheitsrabatt der anderweitigen Kaskoversicherung oder
- c) der Schaden **höher** ist als die Summe aus Selbstbeteiligung und Verluste 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

Name, Vorname, Anschrift

Funktion / Tätigkeit

Telefon tagsüber

Telefax

E-Mail-Adresse

War der Fahrer im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis?

ja

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

### Fahrzeughalter

Name, Vorname, Anschrift

Telefon tagsüber

Telefax

E-Mail-Adresse

### Angaben zum Schadenhergang

Schadentag

Uhrzeit

Schadenort (Straße, Nr., Ort)

innerhalb

außerhalb

geschlossener Ortschaft

Hergang:

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 (alle 17 Stellen) \_\_\_\_\_

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 Zuberhörteile 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

nein

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

**Besteht für das beschädigte Fahrzeug eine**

Vollkaskoversicherung  ja, mit \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung, Schadenfreiheitskasse \_\_\_\_\_  nein

Mehrbeitrag durch diesen Schaden \_\_\_\_\_

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

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 kirchlichen Interesse durchgeführten Fahrt eintrat

Im Entschädigungsfall soll die Versicherungsleistung überwiesen werden an

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass vorsätzlich falsche oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn uns hierdurch kein Nachteil entsteht.**

Datum \_\_\_\_\_

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

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

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