

# SCHADENANZEIGE

## zur Dienstreise-Fahrzeug-Versicherung

ECCLESIA  
Versicherungsdienst  
GmbH

Zentralstelle für das  
Versicherungswesen  
von Kirche und Diakonie  
Ursprung 1909

Schaden-Nr.

BITTE ZU JEDEM SCHADENFALL EINE SCHADENANZEIGE ANFERTIGEN!

Versicherungsnehmer:

KIRCHENKREIS SOEST

Anschrift:

Kreiskirchenamt Soest/Arnsberg,  
Puppenstr. 3-5  
59494 Soest

Telefon/Telefax:

Tel.: 02921-396-0, Fax: 02921/396-155

Risiko (z. B. Heim, Betriebsteil usw.):

- Bitte vollständig ausfüllen! -

Es handelt sich um eine Erstmeldung

Der Schaden wurde bereits

telefonisch

schriftlich

per Telefax

am

gemeldet.

Vers.-Nr.

Schadentag:

Uhrzeit:

festgestellt am:

geschätzte Schadenhöhe in €:

Schadenort:

1. Fabrikmarke und Typ des Kfz

1.1 Stärke in ccm/kW

1.2 Baujahr/Erstzulassung

1.3 km-Stand insgesamt

1.4 amtl. Kennzeichen

1.5 Name und Anschrift des Fahrzeughalters

1.6 Leasing-Kfz?

ja

nein

1.7 Telefon

1.8 Mit welcher Wegfahrsicherung ist das Fahrzeug ausgerüstet?

(Bitte genaue Typenbezeichnung angeben)

2. Wer lenkte das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls?

(Name und Anschrift)

2.1 Geburtstag

2.2 Befand sich der Lenker des Fahrzeugs zum Unfallzeitpunkt im Besitz der behördlich vorgeschriebenen Fahrerlaubnis?

ja

nein

3. Steht der Fahrer in einem Arbeitsverhältnis mit Ihnen?

ja

nein

3.1 War der Fahrer ehrenamtlich für Sie tätig?

ja

nein

3.2 Kann der Fahrzeughalter die Mehrwertsteuer im Wege des Vorsteuerabzugs absetzen?

ja

nein

3.3 Erfolgte die Fahrt im Auftrag und im Interesse der versicherten Einrichtung?

ja

nein

3.4 Handelt es sich um eine reguläre Fahrt zur ständigen Arbeitsstätte des Mitarbeiters - oder zurück?

ja

nein

4. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?  
Aktenzeichen?

4.1 Wer wurde gebührenpflichtig verwarnt oder erhielt einen Bußgeldbescheid?

4.2 Stand der Fahrer unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluß?

ja

nein

4.3 Wurde dem Fahrer eine Blutprobe entnommen?  
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

ja

nein

‰

5. <b>Am Fahrzeug eingetretene Schäden</b>	
5.1 Voraussichtliche Reparaturkosten	

**Wichtig!** Der Versicherer zahlt nur bis zur Höhe des Wiederbeschaffungswertes. Eine Reparatur ist deshalb nur dann sinnvoll, wenn die voraussichtlichen Reparaturkosten den Wiederbeschaffungswert nicht übersteigen.

5.2 Wo kann das Fahrzeug ggf. durch einen Sachverständigen besichtigt werden? (Bitte vollständige Angabe des Besichtigungsortes mit Tel.-Nr.)	
--	--

6. Bei welcher Gesellschaft war das Fahrzeug am Unfalltag haftplichtversichert?	
6.1 Bestand eine Fahrzeug-Vollversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.2 Wenn ja, mit welcher Selbstbeteiligung?	
6.3 Bestand eine Fahrzeug-Teilversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.4 Bei welcher Gesellschaft und unter welcher Versicherungsnummer?	
6.5 Wurde die Kasko-Versicherung in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.6 Wenn ja, welchen Betrag haben Sie ggf. schon erhalten?	
6.7 Oder wurde die Schadenmeldung inzwischen zurückgezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Schilderung des Schadenhergangs: (ggf. besonders Blatt verwenden!)

7.1 Zweck bzw. Anlaß der Dienst- oder Auftragsfahrt?	
--	--

8. <b>Beteiligte(s) Fahrzeug(e)</b>	
8.1 Halter und Anschrift	
8.2 amtl. Kennzeichen	
8.3 Haftplichtversicherer	
8.4 Hat Ihr Mitarbeiter (Versicherte) den Unfall allein verschuldet?	
8.5 Oder wird beabsichtigt, auch Schadenersatzansprüche gegenüber dem Kfz-Haftplichtversicherer des Gegners geltend zu machen?	

9. Zahlungsempfänger der Entschädigungsleistung:	
--	--

Die vorstehenden Angaben habe(n) ich/wir wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Der Versicherungsnehmer ist für die Richtigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person ihre Niederschrift vornimmt. Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben führen auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in alle diesen Vorfall betreffende Akten einzusehen und ggf. Abschriften anzufertigen.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, daß die in diesem Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Vertrags- und Schadendaten ggf. auch von Mit- oder Nebenversicherern gespeichert und an die betroffenen Rückversicherer, an die Versicherer sowie die zuständigen Fachverbände zum gleichen Zweck übermittelt werden, soweit dies zur üblichen Betreuung oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist.

Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Wir sind damit einverstanden, daß die Abwicklung ohne vorherige Information ggf. direkt mit den Geschädigten erfolgen kann.

**Soest, den**

(Datum, Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers)

(Datum und Unterschrift des Geschädigten)

**Der Schadenbericht ist vom Versicherungsnehmer selbst zu erstellen.  
Gutachten, Briefe, Rechnungen und sonstige Schriftstücke  
bitte unverzüglich nach Erhalt einsenden.**