

Schadenanzeige



ECCLESIA Gruppe

Zur Dienstreise-Fahrzeug-Versicherung
 SFR-Rückstufungs-Versicherung

Ecclesia Gruppe
Klingenbergstraße 4
32758 Detmold

Telefon: +49 (0) 5231 603-6336
 Telefax: +49 (0) 5231 603-193
 E-Mail: briefkasten-kfz@ecclesia.de

Wünschen Sie die Reparatur durch ein bundesweites Werkstattnetz mit Service-Zusatz-Leistungen?

(Kontaktherstellung durch Ecclesia)

ja nein

| | | | | |
|---|------------|--|--|---|
| Versicherungsnehmer | | | | |
| Name | | Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck Landeskirchenamt Wilhelmshöher Allee 330 · 34131 Kassel Postfach 41 02 60 · 34064 Kassel | | Telefon |
| Straße, Hausnummer | | | | Telefax |
| PLZ, Ort | | Versicherte Einrichtung | | |
| Versicherungsschein-Nr. | Schadentag | Uhrzeit | festgestellt am | Schadenort (Straße, Km-Stein, ggf. Ausland) |
| B1. 491. 768 | | | | |
| Fahrzeug- und Fahrzeughalterdaten | | | | |
| Fabrikmarke und Typ des Kfz | | | kW/Erstzulassung | |
| Km-Stand insgesamt | | | Amtl. Kennzeichen | |
| Fahrzeughalter | | | Telefon des Fahrzeughalters | |
| Straße, Hausnummer des Fahrzeughalters | | | E-Mail-Adresse des Fahrzeughalters | |
| PLZ, Ort des Fahrzeughalters | | | Telefax des Fahrzeughalters | |
| Leasing (ggf. Freigabeerklärung des Leasinggebers einreichen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | War das Fahrzeug zum Unfallzeitpunkt mit einem Anhänger verbunden? Wenn ja, Kennzeichen: _____ | |
| 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. Die Kosten von eigenmächtig beauftragten Sachverständigen sind nicht erstattungsfähig! | | | | |
| Schaden und Schadenhergang | | | | |
| Am Fahrzeug eingetretene Schäden | | | Voraussichtliche Reparaturkosten | |
| Wo kann das Fahrzeug durch einen Sachverständigen besichtigt werden? (Anschrift, Telefon) | | | | |
| Hat das Fahrzeug reparierte/unreparierte Vorschäden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____ | | | | |
| Zweck bzw. Anlass der Dienst- oder Auftragsfahrt | | | | |
| Die Fahrt erfolgte <input type="checkbox"/> im Auftrag und Interesse der Einrichtung <input type="checkbox"/> als reguläre Hin- bzw. Rückfahrt zur ständigen Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> Kfz war geparkt. Eine Dienstreise war geplant. <input type="checkbox"/> aus sonstigen Gründen: _____ | | | Der/Die Fahrer/-in ist tätig <input type="checkbox"/> als ehrenamtliche Person <input type="checkbox"/> als Honorarkraft <input type="checkbox"/> im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | |
| Hat Ihr/-e Mitarbeiter/-in (Versicherte/-r) den Unfall allein verschuldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | Oder wird beabsichtigt, auch Schadenersatzansprüche gegenüber dem Kfz-Haftpflichtversicherer des Gegners geltend zu machen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
| Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? (Aktenzeichen) | |
| Wer wurde gebührenpflichtig verwarnt oder erhielt einen Bußgeldbescheid? | | | |
| Schilderung des Schadenhergangs: (ggf. Skizze und gesondertes Blatt verwenden.) | | | |
| Wer lenkte das eigene Fahrzeug zur Zeit des Unfalls? Name, Geburtstag | | Anschrift | |
| Befand sich der/die Fahrer/-in des eigenen Fahrzeugs zum Unfallzeitpunkt im Besitz der behördlich vorgeschriebenen Fahrerlaubnis? <input type="checkbox"/> ja, Führerscheinklasse _____ <input type="checkbox"/> nein | | Stand der/die Fahrer/-in unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Wurde dem/der Fahrer/-in eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis _____ <input type="checkbox"/> nein | | Wird dem/der Fahrer/-in Unfallflucht vorgeworfen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Versicherungsfragen | | | |
| Bei welcher Gesellschaft ist das eigene Fahrzeug haftpflichtversichert? | | Anschrift und Versicherungsschein-Nr. | |
| Besteht eine Vollkasko-Versicherung? <input type="checkbox"/> ja, Selbstbeteiligung _____ € <input type="checkbox"/> nein | | Besteht eine Teilkasko-Versicherung? <input type="checkbox"/> ja, Selbstbeteiligung _____ € <input type="checkbox"/> nein | |
| Wichtig! Die eigene Kasko-Versicherung des/der Mitarbeitenden ist nicht einzuschalten! Ist der Schaden bereits der eigenen Kasko-Versicherung gemeldet, so muss zurückgezogen und uns darüber eine schriftliche Bestätigung des Versicherers eingereicht werden. | | | |
| Wurde die eigene Kasko-Versicherung in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Wenn ja, wurde die Meldung zurückgezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| | | Welchen Betrag haben Sie ggf. schon erhalten? _____ € | |
| Kann der Fahrzeughalter die Mehrwertsteuer im Wege des Vorsteuerabzugs absetzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Bankverbindung (bitte stets angeben) | | | |
| Die Zahlung soll durch die Ecclesia Gruppe auf folgendes Konto erfolgen: | | | |
| Anschrift des Kreditinstituts | | | |
| BIC | | IBAN | |
| Weitere Unfallbeteiligte | | | |
| Name des Fahrzeughalters | | Anschrift | Amtl. Kennzeichen |
| Die Angaben zur Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu gemacht. | | | |
| Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz verlieren, wenn er falsche oder unvollständige Angaben macht. Der Versicherungsnehmer kann seinen Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn er vorsätzlich (d.h. wissentlich und gewollt) falsche oder unvollständige Angaben macht, auch wenn diese für die Schadensfeststellung folgenlos bleiben bzw. dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Der Versicherer ist bevollmächtigt, bei Behörden in den Schaden betreffende Unterlagen Einsicht zu nehmen. Die Schadendaten werden elektronisch gespeichert und vom Versicherer gegebenenfalls an Mit- und Rückversicherer sowie Fachverbände übermittelt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt. „Wir sind einverstanden, dass ggf. auch direkt mit dem Fahrzeughalter, Autohaus usw. abgerechnet wird.“ | | | |

Datum, Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers

Datum und Unterschrift des Geschädigten/des Fahrers