

Schadenanzeige

Die Gothaer Haftpflichtversicherung – Privatkunden

Schadenanzeige

Gothaer Haftpflichtversicherung – Privatkunden



Schadenmelder <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> anderer und zwar <input type="checkbox"/> Schadenbeteiligter		
Versicherungsnummer		Schadennummer (sofern bekannt)
Versicherungsnehmer (Vorname, Name)		
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort

VD / Agentur-Nr.	Kennung
	0 8 5 1 7
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	
E-Mail	

Versicherungsnehmer (VN)

Allgemeine Schadendaten

Schadenzeitpunkt (Datum / Uhrzeit)		Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung (Datum)	
		<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> Vermittler <input type="checkbox"/> schriftlich bei <input type="checkbox"/>	
Schadenort (Straße und Hausnummer)			
LKZ	PLZ	Wohnort	

Polizeiliche Aufnahme

Aufnahmedatum / Dienststelle	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, am /	

Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.

Angaben zu Schadenbeteiligten

1. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Schadenverursacher <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> behand. Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus		
(Vorname, Name)		
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort

<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	

2. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Schadenverursacher <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> behand. Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus		
(Vorname, Name)		
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort

<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	

3. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Schadenverursacher <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> behand. Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus		
(Vorname, Name)		
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort

<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	

Weitere Schadenbeteiligte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte entsprechende Angaben auf gesondertem Blatt vornehmen)

Angaben zu Schadenhergang und -ausmaß

Kurze, möglichst **eindeutige Schilderung** zum Schadenhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.

Gesondertes Blatt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Skizze <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hatten der Versicherte oder ein Mitversicherter die beschädigte Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen oder in besonderer Verwahrung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja
Entstand der Schaden durch Ausübung einer beruflichen / gewerblichen Tätigkeit an oder mit den beschädigten Sachen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja

Verhältnis zum VN	Verhältnis des Anspruchstellers zum VN						
	Arbeits- oder Dienstverhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	Häusliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	Familien-/Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Eltern/Kinder	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Großeltern/Enkel	<input type="checkbox"/> Sonstige Verwandte

Schadenersatzansprüche gegen VN	Schadenersatzansprüche durch Geschädigten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mündlich	<input type="checkbox"/> schriftlich			
	Eigenverschulden durch Geschädigten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ganz		
	Geltend gemachte Ansprüche zu hoch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	Zahlung bereits geleistet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____	EUR		
	durch <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Agentur	an <input type="checkbox"/> Geschädigten	<input type="checkbox"/> Abtretungsgläubiger				

Schadenart	Sachschaden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja
	Personenschaden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
	Gewinnausfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
	Sonstige				

Vom Schaden betroffene Sachen	Kategorie	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Handy	<input type="checkbox"/> Computer	<input type="checkbox"/> KFZ	<input type="checkbox"/> Tier	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
	Art/Umfang der Beschädigung	<input type="checkbox"/> Abhanden gekommen	<input type="checkbox"/> Totalschaden	<input type="checkbox"/> Reparaturschaden	<input type="checkbox"/> Wertminderung		
	Hersteller / Typ						
	Belegart	<input type="checkbox"/> ohne Beleg	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> Beleg bei Agentur archiviert	<input type="checkbox"/> Beleg folgt	<input type="checkbox"/> Beleg liegt bei	Kaufdatum / Kaufpreis / _____ EUR
		<input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag	<input type="checkbox"/> Reparaturrechnung	<input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung			
	Unreparierte Vorschäden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	Voraussichtliche Schadenhöhe _____ EUR		
	Sachverständiger	<input type="checkbox"/> nicht nötig	<input type="checkbox"/> nötig	<input type="checkbox"/> bereits beauftragt			

Brillen-/Handyschaden etc.	Beschädigter Gegenstand existiert noch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	Gegenstand ist/war reparabel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Gegenstand ist bereits repariert worden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	Reparaturrechnung ist vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja

KFZ-Schaden	Amtliches Kennzeichen	Fahrzeug-Ident-Nr.	Hersteller	/ Fabrikat	/ Typ	Erstzulassung	Gesamtlauflistung
	_____	_____	_____	/ _____	/ _____	_____ km	_____ km
Versicherer zum Schadenzeitpunkt						Inanspruchnahme der eigenen Kaskoversicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja	

Tierschaden	<input type="checkbox"/> Schaden an Tieren	<input type="checkbox"/> Schaden durch Tiere					
	<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Hund; Rasse: _____	<input type="checkbox"/> Pferd	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> beruflich/gewerblich genutztes Tier	im Besitz des Tieres seit _____	
	Weitere Tiere dieser Art im Besitz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ (Anzahl)			
	Hund des VN war angeleint	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	Hund des Anspruchstellers war angeleint	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	Wer hatte zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über das Tier:	Name und Anschrift siehe _____ . Schadenbeteiligter					
Für welchen Zeitraum	von _____	bis _____					

Personenschaden	Name und Anschrift siehe _____ . Schadenbeteiligter						
	Verletzungsart						
	<input type="checkbox"/> Leichte Verletzungen ohne Dauerschaden	<input type="checkbox"/> Verletzungen mit Dauerschaden (AU > 3 Monate)	<input type="checkbox"/> Verletzungen der inneren Organe				
	<input type="checkbox"/> Einfache Brüche (Beine/Arme) oder Prellungen	<input type="checkbox"/> Hüft-/Oberschenkelhalsbruch	<input type="checkbox"/> Schädelbruch				
	<input type="checkbox"/> Komplizierte Brüche/Mehrfachfraktur von Extremitäten	<input type="checkbox"/> Verlust des kompletten Seh- oder Hörvermögens	<input type="checkbox"/> Wirbelbruch				
	<input type="checkbox"/> Brandwunden ohne entstellende Verletzungen	<input type="checkbox"/> Brandwunden mit entstellenden Verletzungen	<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung				
	<input type="checkbox"/> Hundebisse ohne entstellende Verletzungen	<input type="checkbox"/> Hundebisse mit entstellenden Verletzungen	<input type="checkbox"/> AU < 1 Woche/max. 3 Arztbesuche				
	<input type="checkbox"/> Amputationen von Fingern/Zehen	<input type="checkbox"/> Amputationen (nicht Finger/Zehen)	<input type="checkbox"/> Tod				
Beschreibung der Verletzung							
<input type="checkbox"/> Verletzter wurde bewusstlos abtransportiert	<input type="checkbox"/> Abtransport mit Rettungshubschrauber	<input type="checkbox"/> Transport in Spezialklinik					
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____	Wochen			
Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____	Wochen			
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____	Wochen			
Bei verletzten Kindern Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten siehe _____ . Schadenbeteiligter							

Schaden durch - Kinder	Alter des Kindes	_____ Jahre					
	Verwandtschaftsverhältnis zum VN	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Eigenes Kind	<input type="checkbox"/> Adoptivkind	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Sonstiges
	Ausbildung	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Ausbildung/Lehre	<input type="checkbox"/> Grundwehrdienst/Zivildienst	<input type="checkbox"/> Referendarzeit	
	Bisheriger Abschluss	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Ausbildung/Lehre	<input type="checkbox"/> Grundwehrdienst/Zivildienst	<input type="checkbox"/> Referendarzeit	
	Welche anderen Kinder haben an der Entstehung des Schadens mitgewirkt?	Name und Anschrift siehe _____ . Schadenbeteiligter					
	Wer hatte zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über das Kind?	Name und Anschrift siehe _____ . Schadenbeteiligter					
	Wann ungefähr hatte die Aufsichtsperson zuletzt nach dem Kind geschaut?	_____					
	Wie wurde das Kind beaufsichtigt? Bitte insbesondere zu folgenden Punkten Stellung nehmen: Standort und Entfernung der Aufsichtsperson vom Kind, Beobachtungsmöglichkeit, Aufenthaltsdauer des Kindes an der Schadenstelle.						

Schaden durch – Sport	Sportart	<input type="checkbox"/> Fußball	<input type="checkbox"/> Handball	<input type="checkbox"/> Kampfsport	<input type="checkbox"/> Tennis	<input type="checkbox"/> Skifahren/Inlineskating
		<input type="checkbox"/> Squash	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Segeln mit eigenem Segelboot?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		Segelfläche in m ² :
		<input type="checkbox"/> Motorboot	<input type="checkbox"/> eigenes	<input type="checkbox"/> gemietet/geliehen		Motorstärke in PS: _____ / kW: _____
	Während organisierter Sportveranstaltung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja		

– Wasser	Durchnässung Inventar (s. Gegenstände)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
	Durchnässung Gebäude	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	letzte Renovierung (MM/Jahr) _____
	Inanspruchnahme der eigenen Hausrat-/Gebäudeversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	

– Auslandsschaden	Grund des Auslandsaufenthaltes	Dauer	
		von	bis

Sonstige Angaben	
-------------------------	--------------

Konto für die Schadenzahlung	Konto-Nr.	Kontoinhaber (Vorname, Name)
	Bankleitzahl	Geldinstitut (Name und Ort)

Obliegenheiten und Unterschrift

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Hierfür übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.**
Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben; bei **grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben** kann insoweit die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens **gekürzt** werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers
--