

Schadenanzeige Gothaer Haftpflichtversicherung – Firmenkunden



Versicherungsnehmer (VN)

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 7 6 0 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	

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	Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, am	

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)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)	Geburtsdatum	
LKZ	PLZ	Wohnort
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)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)	Geburtsdatum	
LKZ	PLZ	Wohnort
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)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	
Hausanschrift (Straße und Hausnummer)	Geburtsdatum	
LKZ	PLZ	Wohnort
Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		

Weitere Schadenbeteiligte nein ja (Bitte entsprechende Angaben auf gesondertem Blatt vornehmen)

Angaben zu Schadenhergang und -ausmaß

<p>Kurze, möglichst eindeutige Schilderung zum Schadenhergang und allen wichtigen Umständen; sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.</p>	<p>Gesondertes Blatt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Skizze <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Hatten der Versicherte oder ein Mitversicherter die beschädigte Sachen gemietet, gepachtet, geliehen oder in besonderer Verwahrung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja</p> <p>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</p>	

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	
	Vertragsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Werkvertrag	<input type="checkbox"/> Dienstvertrag	<input type="checkbox"/> Kaufvertrag	<input type="checkbox"/> Sonstiges		

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"/> unklar	<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	Beschädigter Gegenstand						
	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 <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> Reparaturrechnung <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung					Kaufdatum / Kaufpreis / _____ EUR	
	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
	Versicherer zum Schadenzeitpunkt _____					Inanspruchnahme der eigenen Kaskoversicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja	

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 Gesichtsverletzungen	<input type="checkbox"/> Brandwunden mit entstellenden Gesichtsverletzungen	<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung
<input type="checkbox"/> Hundebisse ohne entstellende Gesichtsverletzungen	<input type="checkbox"/> Hundebisse mit entstellenden Gesichtsverletzungen	<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 - Wasser	Durchnässung Inventar	<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	

- Gabelstapler	Beträgt die bauseits bedingte Höchstgeschwindigkeit mehr als 6 km/h?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Besteht für den Gabelstapler eine Haftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Welcher Personenkreis hat Zugang zu der Schadenstelle?	<input type="checkbox"/> Betriebsangehörige	<input type="checkbox"/> Passanten	<input type="checkbox"/> sonstige Personen (z.B. Anlieferer, Kunden)

- Berufliche/betriebliche Tätigkeit	Berufliche oder betriebliche Tätigkeit	<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 – falls nicht Antragsteller) _____
	Bankleitzahl _____	Geldinstitut (Name und Ort) _____

Verantwortlichkeit, Schlusserklärung, Unterschrift	Alle Fragen wurden wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet. Für die Richtigkeit übernehme ich als Versicherungsnehmer die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person die Schadenanzeige ausgefüllt hat. Es ist mir bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.	
	Ort, Datum _____	Unterschrift des Versicherungsnehmers _____