

Schadenanzeige

**Gothaer Sachversicherungen
für Privatkunden**

Gothaer
Versicherungen

Schadenanzeige
Gothaer Sachversicherungen – Privatkunden

Schadenanzeige von Agentur aufgenommen
 nein ja, von

Schadenanzeige von Agentur weitergeleitet
 nein ja, von

Versicherungsnummer

Schadennummer (sofern bekannt)

VD / Agentur-Nr.

Kennung
0 | 7 | 4 | 7 | 3 |

Versicherungsnehmer (Vorname, Name)

männl.
 weibl.

Geburtsdatum

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

LKZ

PLZ

Wohnort

E-Mail

Telefon

Telefax

Allgemeine Schadendaten

Schadenzeitpunkt (Datum / Uhrzeit)
| | | | | | | | | | um | | | | | Uhr

Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung (Datum)
 mündlich Vermittler
 schriftlich bei

Schadenort (Straße und Hausnummer)

LKZ

PLZ

Wohnort

Polizeiliche Aufnahme

Aufnahmedatum / Dienststelle
 nein unklar ja, am | | | | | /

Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.

Angaben zu Schadenbeteiligten

1. Schadenbeteiligter Reparaturfirma Glaserei sonstige

(Vorname, Name)

E-Mail

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

Telefon privat geschäftlich

LKZ

PLZ

Wohnort

Telefax privat geschäftlich

2. Schadenbeteiligter Reparaturfirma Glaserei sonstige

(Vorname, Name)

E-Mail

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

Telefon privat geschäftlich

LKZ

PLZ

Wohnort

Telefax privat geschäftlich

Weitere Schadenbeteiligte nein 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 nein ja
Skizze nein ja

[Empty space for detailed description of damage]

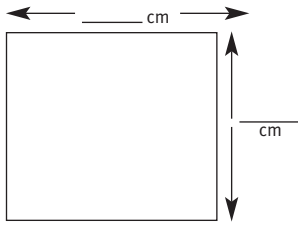
Versichertes Risiko	Überwiegend gewerbliche Nutzung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Versicherungsnehmer vorsteuerabzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
Für die betroffenen Sachen besteht anderweitiger Versicherungsschutz		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	ja, und zwar bei
Name der Gesellschaft / Versicherungsnummer _____ / _____				

Vom Schaden betroffenes Gebäude	Gebäudeart	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Betriebsgebäude	Wohnungsgröße m ²
	Betroffene Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/> gemietet	<input type="checkbox"/> vermietet	<input type="checkbox"/> unklar	

Vom Schaden betroffene Sachen	Kategorie	<input type="checkbox"/> Glas	<input type="checkbox"/> Hausrat	<input type="checkbox"/> Haushalts-, Elektro-, Gasgeräte	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> Wertgegenstände
		<input type="checkbox"/> Gebäude	<input type="checkbox"/> Sonstiges			
	Beschreibung der beschädigten Sache _____					
Fußbodenbelag betroffen		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, verlegt von	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Vermieter
Auf welchem Untergrund?		<input type="checkbox"/> Estrich	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> Parkett	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	

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	Voraussichtliche Schadenhöhe EUR
	<input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag	<input type="checkbox"/> Reparaturrechnung	<input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung			

Eigentümer	<input type="checkbox"/> VN	<input type="checkbox"/> Besucher	<input type="checkbox"/> Untermieter	<input type="checkbox"/> Leasinggeber	<input type="checkbox"/> Sonstige Person
	<input type="checkbox"/> Realgläubiger/Sicherungsscheininhaber				

Glas	Wo ist der Schaden entstanden	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/> Terrasse	<input type="checkbox"/> Veranda	Aussehen der beschädigten Scheibe (Bruchskizze – evtl. Foto beifügen)  (Art der Beschädigung einzeichnen)		
		<input type="checkbox"/> Wintergarten	<input type="checkbox"/> Treppenhaus	<input type="checkbox"/> außerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/> Dach			
	Verwendungszweck	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> Fenster	<input type="checkbox"/> Oberlicht	<input type="checkbox"/> Lichtkuppel		<input type="checkbox"/> Trennwand	<input type="checkbox"/> Tür
		<input type="checkbox"/> Dach	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Vitrine	<input type="checkbox"/> Tischplatte			
		<input type="checkbox"/> Brüstung (Balkon/Treppe)						
	Der Schaden ist entstanden durch	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> Unvorsichtigkeit/Eigenverschulden	<input type="checkbox"/> Feuer/Explosion	<input type="checkbox"/> Einbruch			
		<input type="checkbox"/> Luftzug	<input type="checkbox"/> Sturm, Hagel (nicht Luftzug)	<input type="checkbox"/> Fremdverschulden			<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Art der Beschädigung	<input type="checkbox"/> Absplitterung/Ausmuschelung	<input type="checkbox"/> Beschädigung der Oberfläche	<input type="checkbox"/> Zerbrechen (Loch/Sprung)	<input type="checkbox"/> Einrührung der Isolierverglasung				
Glasart	<input type="checkbox"/> Fensterglas/Floatglas/Einfachglas	<input type="checkbox"/> Einscheibensicherheitsglas	<input type="checkbox"/> Kunststoff	<input type="checkbox"/> Spiegel				
	<input type="checkbox"/> Verbundsicherheitsglas	<input type="checkbox"/> Mehrscheibenisoliertes Glas	<input type="checkbox"/> Drahtglas					
	<input type="checkbox"/> Guss-/Ornamentglas	<input type="checkbox"/> Glaskeramik-Kochfläche	<input type="checkbox"/> Glasbaustein					
Reparaturauftrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, durch	<input type="checkbox"/> VN	<input type="checkbox"/> Agentur	<input type="checkbox"/> bereits erteilt	<input type="checkbox"/> wird erteilt an <input type="checkbox"/> Schadenbeteiligter	
Notverglasung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja					

Haushalts-/Fernsehgeräte/Glaskeramik-Kochflächen	Hersteller / Modell bzw. Typ _____ / _____	Wiederbeschaffungspreis EUR
	Gerätenummer _____ Anschaffungsdatum	

Brand/Explosion	Wodurch ist der Schaden entstanden	<input type="checkbox"/> Brand	<input type="checkbox"/> Explosion	<input type="checkbox"/> Elektrizität (z.B. Kurzschluss)	<input type="checkbox"/> Offenes Feuer (z.B. Kerze)	<input type="checkbox"/> Überhitzung
		<input type="checkbox"/> Selbstentzündung	<input type="checkbox"/> Feuergefährliche Arbeiten	<input type="checkbox"/> Menschliches Fehlverhalten	<input type="checkbox"/> Brandstiftung	
	Löschmaßnahmen erforderlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____		
Ausmaß der beschädigten Stelle / Anzahl der betroffenen Räume / beschädigte / zerstörte Sachen _____						

Blitzschlag	Wo hat der Blitz eingeschlagen	<input type="checkbox"/> auf dem Versicherungsgrundstück	<input type="checkbox"/> in der Nachbarschaft
	Welche Spuren hat der Blitz hinterlassen	<input type="checkbox"/> Herausgeschlagene Steckdosen	<input type="checkbox"/> Rußspuren an Steckdosen
	<input type="checkbox"/> Herausgeschlagene Elektroleitungen	<input type="checkbox"/> Risse im Mauerwerk	<input type="checkbox"/> Verperlungen an Antennen

Leitungswasser	Aus welcher Installation ist das Wasser ausgetreten?	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung	<input type="checkbox"/> Heizungsleitung	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung	<input type="checkbox"/> Abwasserrohr
		<input type="checkbox"/> Regenfallrohr	<input type="checkbox"/> Sonstige _____		
	Wodurch ist der Schaden entstanden	<input type="checkbox"/> Frost	<input type="checkbox"/> Rohrbruch	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Übergelaufen
	Gebäude/Wohnung beheizt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
	Schadenstelle außerhalb Gebäude	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	
Schadenstelle außerhalb des versicherten Grundstücks	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja		
Ausmaß der beschädigten Stelle / Anzahl der betroffenen Räume _____					

Sturm/Hagel	Fenster/Türen geschlossen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Andere Sturmschäden in der Umgebung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____

Elementar	Welche Ursache lag vor	<input type="checkbox"/> Erdsenkung	<input type="checkbox"/> Erdbeben	<input type="checkbox"/> Lawinen	<input type="checkbox"/> Schneedruck	<input type="checkbox"/> Lawinen	<input type="checkbox"/> Überschwemmung
------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---

Einbruchdiebstahl/Raub/Vandalismus	An welcher Stelle eingedrungen	<input type="checkbox"/> Haustür	<input type="checkbox"/> Balkontür	<input type="checkbox"/> Wohnungstür	<input type="checkbox"/> Terrassentür	<input type="checkbox"/> Kelleraußentür	
		<input type="checkbox"/> Fenster	<input type="checkbox"/> Kellerfenster	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
	Einbruchspuren vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja welche _____			
	Einbruchstelle zur Zeit gesichert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	Vorhandene Sicherungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Einfaches Schloss	<input type="checkbox"/> Zylinder-(Sicherheits-)Schloss	<input type="checkbox"/> Schloss mit mehreren Zuhaltungen		
		<input type="checkbox"/> Rolläden	<input type="checkbox"/> Rolläden/verschließbar	<input type="checkbox"/> Gitter	<input type="checkbox"/> Innenriegel	<input type="checkbox"/> Holzblenden	<input type="checkbox"/> Alarmanlage
Waren diese Sicherungen betätigt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja				

Diebstahl aus KFZ

Wo wurde das KFZ abgestellt?	<input type="checkbox"/> Straße	<input type="checkbox"/> Einzelgarage	<input type="checkbox"/> Sammelgarage	<input type="checkbox"/> Parkhaus	<input type="checkbox"/> Hofraum
Aufbruchspuren vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja		
Wo befanden sich die entwendeten Sachen?	<input type="checkbox"/> auf dem Sitz	<input type="checkbox"/> im Kofferraum	<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar:		

Fahrraddiebstahl

Wann wurde das Fahrrad abgestellt													um		Uhr	Wann sollte es wieder benutzt werden													um		Uhr
Wo wurde das Fahrrad abgestellt	<input type="checkbox"/> im Freien <input type="checkbox"/> im Hausflur <input type="checkbox"/> im Keller <input type="checkbox"/> im Gemeinschafts-/Fahrradkeller <input type="checkbox"/> sonst																														
Stand das Fahrrad in einem verschlossenen Raum eines Gebäudes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar in																														
Sind Einbruchspuren vorhanden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Beschädigung																														
War das Fahrrad gegen Diebstahl gesichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch <input type="checkbox"/> Kette mit Schloss <input type="checkbox"/> Kabel mit Schloss <input type="checkbox"/> fest montiertes Schloss <input type="checkbox"/> Zahlenkombinationsschloss <input type="checkbox"/> sonst																														
Sind beide Schlüssel vorhanden	<input type="checkbox"/> ja, liegen bei <input type="checkbox"/> nein, weil																														
Besitzen Sie einen Fahrradpass	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, liegt bei																														
Art des Fahrrads	<input type="checkbox"/> Damenrad <input type="checkbox"/> Herrenrad <input type="checkbox"/> Rennrad <input type="checkbox"/> Rennmaschine <input type="checkbox"/> Kinderrad <input type="checkbox"/> Tourenrad <input type="checkbox"/> Tandem <input type="checkbox"/> sonst																														
Hersteller:													Typ:							Rahmen-Nr.											
Farben	Rahmen: _____ Schutzbleche: _____ Felgen: _____ Reifen: _____																														
Besonderheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____																														
Besondere Ausstattung (z.B. Gangschaltung, Kindersitz)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____																														
Herstellung/Anschaffung	Baujahr	Anschaffungsdatum				Anschaffungspreis für Fahrrad				Anschaffungspreis für Zubehör																					
						_____ EUR				_____ EUR																					
	Gekauft bei _____																														
Liegen noch Anschaffungsbelege vor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Belege liegen bei (wenn vorhanden im Original)																														
Heutiger Neupreis	EUR / Wurde es schon gekauft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Belege liegen bei <input type="checkbox"/> Belege folgen																														

Sonstige Angaben

--

Konto für die Schadenzahlung

Konto-Nr. 	Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht Anspruchsteller)
Bankleitzahl 	Geldinstitut (Name und Ort)

Verantwortlichkeit, Schlussklärung, Unterschrift

Bitte beachten Sie bei Einbruchdiebstahl/Raub/Vandalismus, dass der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles u.a.

- der zuständigen Polizeidienststelle unverzüglich ein Verzeichnis der abhandengekommenen Sachen und
- uns ein von ihm unterschriebenes Verzeichnis der abhandengekommenen, zerstörten und beschädigten Sachen einzureichen hat (dieser Hinweis gilt nur bei Einbruchdiebstahl/Raub/Vandalismus)

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.
Es ist mir ausserdem bekannt, dass sämtliche noch erkennbaren Reste beschädigter Sachen bis zur Besichtigung durch den beauftragten Schadenregulierer zur Wahrung der Ansprüche sorgfältig aufzubewahren sind.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	---------------------------------------

Stellungnahme des Vermittlers

	Unterschrift des Vermittlers
Ort, Datum	