

Schadenanzeige

**Die Gothaer
Haftpflichtversicherung – Privatkunden**

Schadenmelder

VN anderer, und zwar _____ Schadenbeteiligter

Versicherungsnummer **Schadennummer** (sofern bekannt)

Versicherungsnehmer (Vorname, Name)

0 8 5 1 7
Kennung

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

männlich
 weiblich

LKZ PLZ Wohnort

Geburtsdatum E-Mail VD / Agentur-Nr.

Telefon privat geschäftlich Telefax privat geschäftlich

Versicherungsnehmer
(VN)

**Allgemeine
Schadendaten**

Schadenzeitpunkt (Datum/Uhrzeit) um _____ Uhr mündlich Vermittler
 schriftlich bei

**Erstmalige Schadenmeldung an die
Versicherung** (Datum)

Schadenort (Straße und Hausnummer)

LKZ PLZ Wohnort

**Polizeiliche
Aufnahme**

nein unklar ja, am _____
Aufnahmedatum Dienststelle Aktenzeichen / Tagebuch-Nr.

**Angaben
zu den
Schaden-
beteiligten**

1. Schadenbeteiligter Anspruchsteller verletzte Person Schadenverursacher Augenzeuge Eigentümer behand. Arzt Krankenhaus

(Vorname, Name) männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

LKZ PLZ Wohnort

Geburtsdatum Telefon privat geschäftlich Telefax privat geschäftlich

2. Schadenbeteiligter Anspruchsteller verletzte Person Schadenverursacher Augenzeuge Eigentümer behand. Arzt Krankenhaus

(Vorname, Name) männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

LKZ PLZ Wohnort

Geburtsdatum Telefon privat geschäftlich Telefax privat geschäftlich

3. Schadenbeteiligter Anspruchsteller verletzte Person Schadenverursacher Augenzeuge Eigentümer behand. Arzt Krankenhaus

(Vorname, Name) männlich weiblich

Hausanschrift (Straße und Hausnummer)

LKZ PLZ Wohnort

Geburtsdatum Telefon privat geschäftlich 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
Skizze** nein ja
 nein ja

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

Verhältnis zum VN **Verhältnis des Anspruchstellers zum VN**
Arbeits- oder Dienstverhältnis nein unklar ja
Häusliche Gemeinschaft nein unklar ja
Familien- / Verwandtschaftsverhältnis nein Ehegatte Eltern/Kinder Geschwister Großeltern/Enkel Sonstige Verwandte

Schadenersatzansprüche gegen VN **Schadenersatzansprüche durch Geschädigten** nein mündlich schriftlich
Eigenverschulden durch Geschädigten nein unklar teilweise ganz
Geltend gemachte Ansprüche zu hoch nein unklar ja
Zahlung bereits geleistet nein ja, und zwar _____ EUR
 durch VN Agentur **an** Geschädigten Abtretungsgläubiger

Schadenart **Sachschaden** nein unklar ja **Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt**
Personenschaden nein unklar ja nein unklar ja
Gewinnausfall nein unklar ja
Sonstige

Vom Schaden betroffene Sachen **Kategorie** Brille Handy Computer KFZ Tier Sonstiges: _____
Art/Umfang der Beschädigung Abhanden gekommen Totalschaden Reparaturschaden Wertminderung

Hersteller / Typ

Belegart ohne Beleg unklar Beleg bei Agentur archiviert Beleg folgt Beleg liegt bei _____ EUR
 Kostenvoranschlag Reparaturrechnung Anschaffungsrechnung **Kaufpreis**
Kaufdatum _____

Unreparierte Vorschäden nein unklar ja
Sachverständiger nicht nötig nötig bereits beauftragt _____ EUR
Voraussichtliche Schadenhöhe

Brillen-/Handyschaden etc. **Beschädigter Gegenstand existiert noch** nein unklar ja **Gegenstand ist/war reparabel** nein unklar ja
Gegenstand ist bereits repariert worden nein unklar ja **Reparaturrechnung ist vorhanden** nein unklar ja

KFZ-Schaden **Amtliches Kennzeichen** _____ **Fahrzeug-Ident-Nr.** _____ **Hersteller** _____ **Fabrikat** _____ **Typ** _____
Erstzulassung _____ **Gesamtlauflistung** _____ km **Inanspruchnahme der eigenen Kaskoversicherung** nein unklar ja
Versicherer zum Schadenzeitpunkt _____

Tierschaden Schaden **an** Tieren Schaden **durch** Tiere
 Katze Hund; Pferd Sonstiges beruflich/gewerblich genutztes Tier
Rasse _____ **im Besitz des Tieres seit** _____
Weitere Tiere dieser Art im Besitz nein unklar ja, und zwar _____ (Anzahl)
Hund des VN war angeleint nein unklar ja
Hund des Anspruchstellers war angeleint nein unklar 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

.....

.....

- Verletzter wurde bewusstlos abtransportiert Abtransport mit Rettungshubschrauber Transport in Spezialklinik

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|
| Arbeitsfähigkeit | <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 nein Eigenes Kind Adoptivkind Stiefkind Pflegekind Sonstiges
- Ausbildung Schule Studium Ausbildung/Lehre Grundwehrdienst/Zivildienst Referendarzeit
- Bisheriger Abschluss Schule Studium Ausbildung/Lehre Grundwehrdienst/Zivildienst 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 Fußball Handball Kampfsport Tennis Skifahren/Inlineskating
- Squash Sonstiges
- Segeln mit eigenem Segelboot? nein ja Segelfläche in m²:
- Motorboot eigenes gemietet/geliehen Motorstärke in PS: / kW:
- Während organisierter Sportveranstaltung nein unklar ja

• Wasser

- Durchnässung Inventar (s. Gegenstände) nein unklar ja
- Durchnässung Gebäude nein unklar ja
- Inanspruchnahme der eigenen Hausrat-/Gebäudeversicherung nein unklar ja letzte Renovierung (MM/Jahr)

**• Auslands-
schaden**

Grund des Auslandsaufenthaltes Dauer: von bis

Sonstige Angaben

.....

.....

**Konto für
die Schaden-
zahlung**

IBAN Kontoinhaber (falls abweichend)

BIC Geldinstitut

Belehrung

Vorsätzlich unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können zum vollständigen Verlust der Versicherungsleistung führen; grob fahrlässig unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können entsprechend der Schwere des Verschuldens eine Kürzung der Versicherungsleistung – ggf. bis hin zu ihrem vollständigen Verlust – zur Folge haben. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie Ihre Auskunfts- und Aufklärungsobligationen nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung dieser Obliegenheiten bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung nicht für die Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht oder ihres Umfangs ursächlich war.

Gleiches gilt auch bei Nichtvorlage angeforderter schaden- oder leistungsrelevanter Unterlagen.

Erklärung

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.

Unterschrift

Ort, Datum **Unterschrift des Versicherungsnehmers**