

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 RD / Agentur-Nr.

Telefon privat geschäftlich Telefax privat geschäftlich

**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 Reparurrechnung 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 **Reparurrechnung 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 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 |
|--|---|---|

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|
| 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 | <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 | |
| Inanspruchnahme der eigenen Hausrat-/Gebäudeversicherung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unklar | <input type="checkbox"/> 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 Auskunft- 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** _____