

## Schadenanzeige

# Die Gothaer Haftpflichtversicherung – Privatkunden

**Gothaer**



Verhältnis zum VN	<b>Verhältnis des Anspruchstellers zum VN</b>						
	<b>Arbeits- oder Dienstverhältnis</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	<b>Häusliche Gemeinschaft</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	<b>Familien-/Verwandtschaftsverhältnis</b>	<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	<b>Schadenersatzansprüche durch Geschädigten</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mündlich	<input type="checkbox"/> schriftlich			
	<b>Eigenverschulden durch Geschädigten</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ganz		
	<b>Geltend gemachte Ansprüche zu hoch</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			
	<b>Zahlung bereits geleistet</b>	<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"/>	<input type="checkbox"/> Abtretungsgläubiger			

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

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

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

Tierschaden	<input type="checkbox"/> Schaden <b>an</b> Tieren	<input type="checkbox"/> Schaden <b>durch</b> Tiere					
	<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Hund;	<input type="checkbox"/> Pferd	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> beruflich/gewerblich genutztes Tier	im Besitz des Tieres seit _____	
	Rasse: _____						
	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:			<b>Name und Anschrift siehe</b> _____ <b>. Schadenbeteiligter</b>				
Für welchen Zeitraum		von					bis

Personenschaden	<b>Name und Anschrift siehe</b> _____ <b>. Schadenbeteiligter</b>						
	<b>Verletzungsart</b>						
	<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				
	<b>Beschreibung der Verletzung</b>						
	<input type="checkbox"/> Verletzter wurde bewusstlos abtransportiert	<input type="checkbox"/> Abtransport mit Rettungshubschrauber	<input type="checkbox"/> Transport in Spezialklinik				
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____	Wochen			
<b>Ambulante Behandlung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____	Wochen			
<b>Stationäre Behandlung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer _____	Wochen			

Schaden durch - Kinder	<b>Bei verletzten Kindern Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten siehe</b> _____ <b>. Schadenbeteiligter</b>						
	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?			<b>Name und Anschrift siehe</b> _____ <b>. Schadenbeteiligter</b>			
	Wer hatte zum Schadenzeitpunkt die Aufsicht über das Kind?			<b>Name und Anschrift siehe</b> _____ <b>. Schadenbeteiligter</b>			
	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.						

