

# Schadenanzeige

## Gothaer Kraftfahrtversicherung – Haftpflicht



<b>Schadenmelder</b> <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> anderer, und zwar <input type="checkbox"/> Schadenbeteiligter		
<b>Versicherungsnummer</b>	<b>Schadennummer</b> (sofern bekannt)	<b>Amtliches Kfz-Kennzeichen</b>
<b>Versicherungsnehmer</b> (Vorname, Name)		
<b>Hausanschrift</b> (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach)		E-Mail

VD / Agentur-Nr.	Kennung <b>0 8 7 8 0</b>
<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	

Versicherungsnehmer (VN)

Allgemeine Schadendaten

<b>Schadenzeitpunkt</b> (Datum / Uhrzeit)	<b>Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung</b> (Datum)	
	<input type="checkbox"/> mündlich durch <input type="checkbox"/> VN/Ehefrau bei <input type="checkbox"/> Vermittler <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/>	
<b>Schadenort</b> (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Schadenort

Polizeiliche Aufnahme

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

Angaben zu Schadenbeteiligten

<b>1. Schadenbeteiligter</b> <input type="checkbox"/> Anspruchsteller/verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> sonstige (wer?)		
(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
<b>Hausanschrift</b> (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach)		E-Mail

Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich

<b>2. Schadenbeteiligter</b> <input type="checkbox"/> Anspruchsteller/verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> sonstige (wer?)		
(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
<b>Hausanschrift</b> (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach)		E-Mail

Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich
Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich

<b>3. Schadenbeteiligter</b> <input type="checkbox"/> Anspruchsteller/verletzte Person <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> sonstige (wer?)		
(Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
<b>Hausanschrift</b> (Straße und Hausnummer)		
LKZ	PLZ	Wohnort
Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach)		E-Mail

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.)

