

## Schadenanzeige

# Gothaer Sachversicherungen für Privatkunden



<b>Versichertes Risiko</b>	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 <b>anderweitiger Versicherungsschutz</b>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja, und zwar bei
Name der Gesellschaft / Versicherungsnummer _____ / _____				

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

<b>Vom Schaden betroffene Sachen</b>	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: _____	

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

<b>Eigentümer</b>	<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				

<b>Glas</b>	Wo ist der Schaden entstanden	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/> Terrasse	<input type="checkbox"/> Veranda	
		<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"/> Dach	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Vitrine	<input type="checkbox"/> Tischplatte	<input type="checkbox"/> Tür
		<input type="checkbox"/> Brüstung (Balkon/Treppe)		<input type="checkbox"/>		
	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"/> Eintrübung 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	
Notverglasung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bereits erteilt	<input type="checkbox"/> wird erteilt an <input type="checkbox"/> <b>Schadenbeteiligter</b> (Reparaturfirma)	

Aussehen der beschädigten Scheibe (Bruchskizze – evtl. Foto beifügen)

(Art der Beschädigung einzeichnen)

<b>Haushalts-/Fernsehgeräte/Glaskeramik-Kochflächen</b>	Hersteller / Modell bzw. Typ _____ / _____	<b>Wiederbeschaffungspreis</b>
	_____	

<b>Brand/Explosion</b>	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 _____						

<b>Blitzschlag</b>	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"/> Beschädigung am Kamin
			<input type="checkbox"/> Verperlungen an Antennen

<b>Leitungswasser</b>	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 _____					

<b>Sturm/Hagel</b>	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 _____

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

<b>Einbruchdiebstahl/Raub/Vandalismus</b>	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				

