

**Schadenanzeige**

**Gothaer Sachversicherungen  
für Firmenkunden**

**Gothaer**



<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

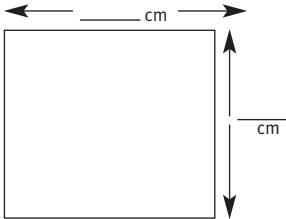
Für die betroffenen Sachen besteht **anderweitiger Versicherungsschutz**  nein  unklar ja, und zwar bei  
 Name der Gesellschaft / Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>Vom Schaden betroffenes Gebäude</b>	Gebäudeart	<input type="checkbox"/> Geschäftshaus	<input type="checkbox"/> Bürogebäude	<input type="checkbox"/> Betriebsgebäude	<input type="checkbox"/> Lagerhalle	<input type="checkbox"/> Sonstiges	Größe des Risikos m <sup>2</sup>
	Betroffene Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/> gemietet	<input type="checkbox"/> vermietet	<input type="checkbox"/> unklar			

<b>Vom Schaden betroffene Sachen</b>	Beschreibung der beschädigten Sache	Fußbodenbelag betroffen
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja

<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> EUR
	<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"/> Betriebsangehöriger <input type="checkbox"/> Leasinggeber <input type="checkbox"/> Sonstige Person
	<input type="checkbox"/> Realgläubiger/Sicherungsscheinhaber

<b>Glas</b>	Wo ist der Schaden entstanden	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> Büro-/Verwaltungsgebäude	<input type="checkbox"/> Gaststätte	<input type="checkbox"/> Hotel	Aussehen der beschädigten Scheibe (Bruchskizze – evtl. Foto beifügen)  		
		<input type="checkbox"/> Ladengeschäft	<input type="checkbox"/> außerhalb des Gebäudes	<input type="checkbox"/> Fabrikations-/Werk-/Lagerhalle				
		<input type="checkbox"/> Schule/Kindergarten	<input type="checkbox"/> Krankenhaus/Sanatorium	<input type="checkbox"/>				
	Verwendungszweck	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> Fenster	<input type="checkbox"/> Schaufenster	<input type="checkbox"/> Oberlicht		<input type="checkbox"/> Lichtkuppel	<input type="checkbox"/> Tür
		<input type="checkbox"/> Trennwand	<input type="checkbox"/> Dach	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Vitrine		<input type="checkbox"/> Theke	<input type="checkbox"/> Tischplatte
		<input type="checkbox"/> Wand-/Säulenverkleidung	<input type="checkbox"/> Brüstung (Balkon/Treppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/> bereits erteilt	<input type="checkbox"/> wird erteilt an	<input type="checkbox"/> <b>Siehe</b> <input type="checkbox"/> <b>Schadenbeteiligter</b>		
Notverglasung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja	(Reparaturfirma)					

<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 / beschädigten/zerstörten 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"/> Beschädigung am Kamin
		<input type="checkbox"/> Herausgeschlagene Elektroleitungen	<input type="checkbox"/> Risse im Mauerwerk	<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
------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

<b>Einbruchdiebstahl/Raub/Vandalismus</b>	An welcher Stelle eingedrungen	<input type="checkbox"/> Haus-/Eingangstür	<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 _____		
	Einbruchsstelle 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/verschießbar	<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			

<b>Sonstige Angaben</b>	_____
	_____
	_____

