

## Schadenanzeige

# Gothaer Sachversicherungen für Privatkunden



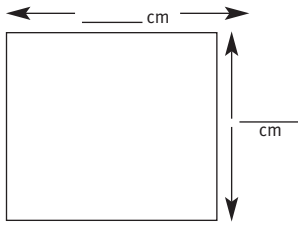
<b>Versichertes Risiko</b>	Überwiegend gewerbliche Nutzung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Versicherungsnehmer vorsteuerabzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
Für die betroffenen Sachen besteht <b>anderweitiger Versicherungsschutz</b>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	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 m <sup>2</sup>
	Betroffene Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/> gemietet	<input type="checkbox"/> vermietet	<input type="checkbox"/> unklar	

<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> 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"/> 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	Aussehen der beschädigten Scheibe (Bruchskizze – evtl. Foto beifügen)    (Art der Beschädigung einzeichnen)		
		<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"/> Tür
		<input type="checkbox"/> Dach	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Vitrine	<input type="checkbox"/> Tischplatte			
		<input type="checkbox"/> Brüstung (Balkon/Treppe)						
	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"/> Einrührung 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"/> Mehrscheibenisolierverglasung	<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>Schadenbeteiligter</b>	
Notverglasung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja		(Reparaturfirma)			

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

<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"/> 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"/> 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
Waren diese Sicherungen betätigt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja			

