

Schadenanzeige

• FORMCHECKBOX e - nein

• FORMCHECKBOX - - unkla

Versicherungsnehmer	Schadenmelder M VN <input type="checkbox"/> anderer, und zwar 1. Schadenbeteiligter		Gothaer Versicherungen Michael Küppers Daimlerstr. 1, 24109 Kiel	
	Versicherungsnummer 85.062.562977		Schadennummer (sofern bekannt)	
	Versicherungsnehmer (Vorname, Name) Deutscher Minicar-Club e.V. Geschäftsstelle		VD-Agentur-Nr. SIA u 1_n HIFIKI	
	Hausanschrift (Straße und Hausnummer) Steckenberg, 4		<input type="checkbox"/> männl <input type="checkbox"/> weibl. Geburtsdatum	
	LKZ PLZ Ort 24232 Schönkirchen		Telefon <input type="checkbox"/> privat Z <input checked="" type="checkbox"/> geschäftlich 04348-9142673	
	Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach) Postfach		Telefax <input type="checkbox"/> privat Z <input checked="" type="checkbox"/> geschäftlich E-Mail Verwaltung@dmc-online.com	

Allgemeine Schadendaten	Schadenzeitpunkt (Datum / Uhrzeit) / h		Erstmalige Schadenmeldung an die Versicherung (Datum) <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich bei <input type="checkbox"/> Vermittler <input type="checkbox"/>	
	Schadenort (Straße und Hausnummer)			
	LKZ	PLZ	Ort	

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

Angaben zu Schadenbeteiligten	1. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Schadenverursacher <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> behand. Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus			
	(Vorname, Name)		<input type="checkbox"/> männl <input type="checkbox"/> weibl. Geburtsdatum	
	Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	
	LKZ	PLZ	Ort	
	Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach) Postfach		Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich E-Mail	

	2. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Schadenverursacher <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> behand. Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus			
	(Vorname, Name)		<input type="checkbox"/> männl <input type="checkbox"/> weibl. Geburtsdatum	
	Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	
	LKZ	PLZ	Ort	
	Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach) Postfach		Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich E-Mail	

	3. Schadenbeteiligter <input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> verletzte Person <input type="checkbox"/> Schadenverursacher <input type="checkbox"/> Augenzeuge <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> behand. Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus			
	(Vorname, Name)		<input type="checkbox"/> männl <input type="checkbox"/> weibl. Geburtsdatum	
	Hausanschrift (Straße und Hausnummer)		Telefon <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich	
	LKZ	PLZ	Ort	
	Postanschrift (Großkunden-PLZ und Ort oder Postfach-PLZ, Ort und Postfach) Postfach		Telefax <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich E-Mail	

Weitere Schadenbeteiligte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte entsprechende Angaben auf gesondertem Blatt vornehmen)

Angaben zu Schadenhergang und Schaden-Ausmaß	Kurze, möglichst eindeutige Schilderung zum Schadenhergang und allen wichtigen Umständen; Sofern der Platz nicht ausreicht: Bitte gesondertes Blatt und evtl. Skizze beifügen.		Gesondertes Blatt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			Skizze <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten der Versicherte oder ein Mitversicherter die beschädigte Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen oder in besonderer Verwahrung			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja
Entstand der Schaden durch Ausübung einer beruflichen/gewerblichen Tätigkeit an oder mit den beschädigten Sachen			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja
Verhältnis zum VN	Verhältnis des Anspruchstellers zum VN		
	Arbeits- oder Dienstverhältnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja	
	Häusliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja	
	Familien- / Verwandtschaftsverhältnis	<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	
	Vertragsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Werkvertrag <input type="checkbox"/> Dienstvertrag <input type="checkbox"/> Kaufvertrag <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Schadenersatzansprüche gegen VN	Schadenersatzansprüche durch Geschädigten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich		
	Eigenverschulden durch Geschädigten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz		
	Geltend gemachte Ansprüche zu hoch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja		
	Zahlung bereits geleistet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, und zwar EUR		
	durch <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Agentur <input type="checkbox"/> an Geschädigten <input type="checkbox"/> an Abtretungsgläubiger		
Schadenart	Sachschaden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja	Anspruchsteller vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja
	Personenschaden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja	
	Gewinnausfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja	
	Sonstige		
Vom Schaden betroffene Sachen	Beschädigter Gegenstand:		
	Art / Umfang der Beschädigung <input type="checkbox"/> Abhanden gekommen <input type="checkbox"/> Totalschaden <input type="checkbox"/> Reparaturschaden <input type="checkbox"/> Wertminderung		
	Hersteller/Typ /		
	Belegart <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 <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> Reparaturrechnung <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung		Kaufdatum / Kaufpreis / EUR
	Unreparierte Vorschäden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja		Voraussichtliche Schadenhöhe EUR
	Sachverständiger <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> nötig <input type="checkbox"/> bereits beauftragt		
Brillen-/ Handy-Schaden, etc.	Beschädigter Gegenstand existiert noch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja	Gegenstand ist/war reparabel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja
	Gegenstand ist bereits repariert worden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja	Reparaturrechnung ist vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja
KFZ-Schaden	Amtliches Kennzeichen Fahrzeug-Ident-Nr.:	Hersteller/ Fabrikat / Typ /	Erstzulassung
	Versicherer zum Schadenszeitpunkt	Inanspruchnahme der eigenen KaskoVers	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja
Personenschaden	Name und Anschrift siehe Schadenbeteiligter		
	Beschreibung der Verletzung		
	Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
	Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen
	Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ja, voraussichtliche Dauer	Wochen

Schaden durch - Wasser	Durchnässung Inventar	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Durchnässung Gebäude	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	etzte Renovierung (MM/Jahr)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
- Gabelstapler	Beträgt die bauseits bedingte Höchstgeschwindigkeit mehr als 6 km/h?			
	Besteht für den Gabelstapler eine Haftpflichtversicherung?			
- Berufliche / betriebliche Tätigkeit	Welcher Personenkreis hat Zugang zu der Schadenstelle?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
	Berufliche oder betriebliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja
Auslands- schaden	Grund des Auslandsaufenthaltes			
	Dauer von bis			

Sonstige Angaben				
---------------------	--	--	--	--

Konto für die Schaden- zahlung	Konto-Nr.	Kontoinhaber (Vorname, Name)
	Bankleitzahl	Geldinstitut (Name und Ort)

Verantwort- lichkeit, Schluss- erklärung, Unterschrift	<p>Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Hierfür übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.</p> <p>Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben; bei grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben kann insoweit die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens gekürzt werden.</p>	
	Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschiedene Schadenanzeige archiviert am
