

Schadenanzeige Leitungswasser

Versicherungsnehmer: Herr Frau Firma
Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Telefon tagsüber:

E-Mail:

Konto-inhaber:

IBAN

D E

BIC

Wie soll die Abrechnung erfolgen?

Rechnung Kostenvoranschlag Eigenleistung

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? Nein Ja

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen.

Schaden-Nr. (falls schon bekannt)

_____._____._____-____

Versicherungsschein-Nr.

_____-_____-____

Schadendatum
mit Uhrzeit:

Schadenort: (falls abweichend zu Adresse):

Wer hat den Schaden verursacht? keine Fremdeinwirkung
 Versicherungsnehmer selbst Familienangehöriger
 Sonstiger, und zwar (Name, Adresse):

Telefon tagsüber:

E-Mail:

Besteht eine Haftpflichtversicherung? Nein Ja Unbekannt

Name der Gesellschaft:

Versicherungsscheinnummer:

Schadenhergang, -ursache und/oder Schadenumfang (bitte ggf. Zusatzblatt verwenden, evtl. bitte Skizze anfertigen)

Welche Maßnahmen wurden zur Minderung des Schadens ergriffen?

Aufstellung der vom Schaden betroffenen Sachen (bitte ggf. Zusatzblatt verwenden, bitte Belege beifügen)

Stück	Bezeichnung der Gegenstände	zerstört	beschädigt	Anschaffungsdatum	Wiederbeschaffungspreis	Reparaturkosten
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Die in der Aufstellung genannten Preise sind mit Mehrwertsteuer ohne Mehrwertsteuer.

Summe der geschätzten Schadenhöhe: _____

Wer ist Eigentümer des vom Schaden betroffenen **Gebäudes?**

Wer ist Eigentümer der vom Schaden betroffenen **Sachen?**

Besteht für die vom Schaden betroffenen Sachen noch ein Versicherungsschutz bei einer anderen Versicherung? Nein Ja

Wenn ja, Name der Gesellschaft:

Versicherungsscheinnummer:

Schadenspezifische Fragen

Schadengrund <input type="checkbox"/> Frost <input type="checkbox"/> Rohrbruch durch Verschleiß <input type="checkbox"/> Rohrburch durch plötzl. Krafteinwirkung <input type="checkbox"/> fahrlässiges Fehlverhalten <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	am / an <input type="checkbox"/> Kaltwasser-Zuleitungsrohr <input type="checkbox"/> Warmwasser-Versorgungsrohr <input type="checkbox"/> Heizungsrohr <input type="checkbox"/> Fußbodenheizung <input type="checkbox"/> Klimaanlage <input type="checkbox"/> Schlauchleitung <input type="checkbox"/> Feuerlöschleitung <input type="checkbox"/> Schmutzwasser-Abflussleitung <input type="checkbox"/> Regenwasser-Abflussleitung <input type="checkbox"/> Armaturen / Geräte / Anlagen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Rohrmaterial <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Kupfer <input type="checkbox"/> Eisen <input type="checkbox"/> Blei <input type="checkbox"/> Ton <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Schadenstelle <input type="checkbox"/> im versicherten Gebäude <input type="checkbox"/> auf Putz <input type="checkbox"/> unter Putz / Fliesen <input type="checkbox"/> innerhalb des Grundstücks <input type="checkbox"/> außerhalb des Grundstücks, und zwar <input type="checkbox"/> im Nachbargebäude <input type="checkbox"/> Bürgersteig / Straße <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	und <input type="checkbox"/> dient <input type="checkbox"/> dient <u>nicht</u> der Ver-/ Entsorgung des versicherten Gebäudes	Alter der Rohre? _____ Ist das beschädigte Rohr noch vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vor Ort. <input type="checkbox"/> Ja, beim Installateur.

Kann der Schaden besichtigt werden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Sind Ersatzfliesen vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Schäden an Sanitäreinrichtungen aufgetreten? <input type="checkbox"/> Nein Ja, an <input type="checkbox"/> Duschtasse eingemauert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Badewanne eingemauert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Duschtabtrennung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Sind Durchnässungsschäden vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein Ja, am / an <input type="checkbox"/> Decke <input type="checkbox"/> einer Wand <input type="checkbox"/> mehreren Wänden <input type="checkbox"/> Boden <input type="checkbox"/> Decke und Boden <input type="checkbox"/> Wand/Wände und Boden <input type="checkbox"/> Decke und Wand/Wände <input type="checkbox"/> Decke, Wand/Wände und Boden <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Das vom Schaden betroffene Gebäude / der Raum / die Wohnung war am Schadentag: <input type="checkbox"/> bezugsfertig <input type="checkbox"/> bewohnt <input type="checkbox"/> benutzt <input type="checkbox"/> nicht bezugsfertig <input type="checkbox"/> unbewohnt seit: _____ <input type="checkbox"/> unbenutzt seit: _____
Sind in das Gebäude eingebrachte Sachen beschädigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? <input type="checkbox"/> Fußbodenbeläge <input type="checkbox"/> Tapeten <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Falls Fußbodenbeläge betroffen: Welche Art von Belag? <input type="checkbox"/> Teppichboden <input type="checkbox"/> Parkett <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Wie ist der Belag verlegt? <input type="checkbox"/> lose <input type="checkbox"/> vollflächig verklebt <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Auf welchem Unterboden ist er verlegt? <input type="checkbox"/> Estrich <input type="checkbox"/> Holzdielen <input type="checkbox"/> Stein <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Wer hat die eingebrachten Sachen auf seine Kosten angeschafft oder übernommen und trägt das Risiko? <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Gebäudeeigentümer Wurde die Übernahme der Sachen nach Ende der Mietzeit vereinbart? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Sind Gebäudeschäden in vermieteten Wohnungen entstanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte dazu nachfolgend angeben:			
Mieter (Name, Vorname)	Wohnung im Stockwerk	Hausrat-Versicherungsschein-Nr.	Name der Versicherungsgesellschaft

Hatten Sie vorher Leitungswasserschäden an diesem Gebäude? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte dazu nachfolgend angeben:			
Welche Schäden?	Wann? (Datum)	Höhe des Schadens?	Welche Versicherungsgesellschaft?

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und richtig beantwortet habe. Mir/uns ist bekannt, dass - bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht,		- sämtliche noch erkennbaren Reste beschädigter Sachen bis zu einer Besichtigung durch den Schadenregulierer zur Wahrung der Ansprüche sorgfältig aufzubewahren sind.
Datum _____	Unterschrift des Versicherungsnehmers _____	