

# Schadenanzeige für Leitungswasserschäden

Schaden-Nummer
Versicherungsschein-Nummer

Bitte vordruckte Angaben ggf. korrigieren

Name des Versicherungsnehmers		Telefon tagsüber	Telefon abends
Anschrift		FAX tagsüber	FAX privat
Kontonummer	Bankleitzahl	bei (Bank, Sparkasse, Postbank)	
Wie groß ist <input type="checkbox"/> Ihre Wohnung bzw. <input type="checkbox"/> Ihr Haus ? qm	Sind Sie <input type="checkbox"/> Mieter ? <input type="checkbox"/> Eigentümer ?	Name und Anschrift des Eigentümers:  Angabe des Gebäudeversicherers:  Angabe der Versicherungsschein-Nr.:	Handelt es sich um ein <input type="checkbox"/> 1-Familienhaus <input type="checkbox"/> 2-Familienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus
War das Haus bzw. die Wohnung am Schadentag bewohnt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, seit wann und weil			
War das Gebäude/Wohnung beheizt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil			
War der vom Schaden betroffene Raum beheizt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil			
Waren die Räume unbenutzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, wer beaufsichtigte? Bitte Namen und Anschrift angeben:			
Waren die wasserführenden Leitungen und Anlagen abgesperrt und entleert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wurden am Schadentag Umbauten (ganz oder teilweise) an dem Gebäude vorgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
War das Gebäude am Schadentag bezugsfertig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann?			
Wann wurde das Gebäude gebaut?			

## Angaben zum Schaden

Wann ist der Schaden eingetreten?  Datum: _____ Uhrzeit: _____	Wann erhielten Sie davon Kenntnis?  Datum: _____ Uhrzeit: _____
Wo ist der Schaden entstanden? (vollständige Anschrift)	Wer bemerkte den Schaden? (Name und Anschrift)
Wann wurde die Gesellschaft bzw. der Vertreter erstmals informiert?	unbedingt angeben: <b>Wie hoch schätzen Sie den Schaden?</b>  EUR

## Doppelversicherung

(Bitte beantworten, falls für die vom Schaden betroffenen Sachen auch anderweitig Versicherungsschutz besteht.)

Name und vollständige Anschrift des Versicherers		
dortige Vertragsnummer	Wurden Ansprüche geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, in welcher Höhe und für welche Sachen?  EUR

### Vorschäden

Waren Sie in den letzten 5 Jahren von Schäden betroffen? <input type="checkbox"/> ja, im Jahr _____ <input type="checkbox"/> nein	Welche Gesellschaft leistete Ersatz?	Schadenhöhe? EUR
---	--------------------------------------	---------------------

Die erforderlichen Daten speichern wir unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes.

||| **Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben bewirken die Leistungsfreiheit des Versicherers, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht. Ich versichere, vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.**

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers

