



UNIQA Österreich Versicherungen AG  
 Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, Telefon: +43 (0) 50677  
 Sitz: Wien, FN 63197m Handelsgericht Wien, DVR: 0018813

Leitungswasserschadenversicherung

Schadenmeldung

**Polizzenummer/ Schadennummer**  
   
 Polizzenummer (unbedingt angeben) Schadennummer (wenn bekannt)

**Versicherungsnehmer**  
   
 Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.

Postleitzahl Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür E-Mail

**Allgemeine Fragen**

Hat sich das Schadenereignis an oben angeführter Anschrift ereignet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	<input type="text"/> Wo? (Anschrift)																																						
Wann hat sich der Schaden ereignet bzw. wann ist der Schaden entstanden?	Schadendatum: <input type="text"/>	vermutliche Schadenhöhe: <input type="text"/> EUR																																					
Besteht noch eine andere Leitungswasserschadenversicherung? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/> Wo? Versicherungsgesellschaft und Polizzen-Nr. bzw. Hausverwaltung)																																						
An welchen Teilen der Wasserversorgungsanlage ist der Schaden eingetreten?	<input type="checkbox"/> Druckrohr <input type="checkbox"/> Ablaufrohr <input type="checkbox"/> Dichtung <input type="checkbox"/> Gainze <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> angeschlossene Einrichtungen (z. B. Armaturen, Geräte usw.) und zwar: <input type="text"/>																																						
Schadenursache:	<input type="checkbox"/> Bruch <input type="checkbox"/> Frost <input type="checkbox"/> Korrosion <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Sonstige (genaue Schilderung): <input type="text"/>																																						
Schadenort:	<input type="checkbox"/> Innerhalb des Gebäudes: <input type="text"/> Stiege/Stock/Top <input type="checkbox"/> Außerhalb des Gebäudes. Wo? <input type="text"/> Wo? (Anschrift)																																						
Sind Folgeschäden entstanden? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Stiege/Stock/Top</td> <td>Name</td> <td colspan="3">Telefonnummer</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="3"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Stiege/Stock/Top</td> <td>Name</td> <td colspan="3">Telefonnummer</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="3"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Stiege/Stock/Top</td> <td>Name</td> <td colspan="3">Telefonnummer</td> </tr> </table>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stiege/Stock/Top	Name	Telefonnummer			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			Stiege/Stock/Top	Name	Telefonnummer			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			Stiege/Stock/Top	Name	Telefonnummer							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
Stiege/Stock/Top	Name	Telefonnummer																																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																					
Stiege/Stock/Top	Name	Telefonnummer																																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																					
Stiege/Stock/Top	Name	Telefonnummer																																					
Art und Umfang (z. B. m²) der „Folgeschäden“: Gebäudeversicherung →	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Top:</th> <th>Top:</th> <th>Top:</th> <th>Alter:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Malerei</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tapeten</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fliesen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verputz</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Boden</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sonstige</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Top:	Top:	Top:	Alter:	Malerei					Tapeten					Fliesen					Verputz					Boden					Sonstige				
	Top:	Top:	Top:	Alter:																																			
Malerei																																							
Tapeten																																							
Fliesen																																							
Verputz																																							
Boden																																							
Sonstige																																							
Betriebsversicherung →	<input type="text"/> Einrichtung <input type="text"/> Ware <input type="text"/> Sonstige <input type="text"/>																																						

1354 – Leitungswasserschadenversicherung – 10. 2016

Wen trifft ein Verschulden an dem Schaden?	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Name, Firma, Anschrift, Tel.-Nr.	
Wurde mit der Behebung des Schadens begonnen? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Name, Firma, Anschrift, Tel.-Nr.	
Sind Sie zu diesem Schaden vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise, zu <input type="text"/> %
Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen?	an <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer (wie oben) <input type="checkbox"/> Reparatur-Firma (lt. Rechnung) über <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IBAN des Zahlungsempfängers    bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)    BIC <input type="checkbox"/> per Postanweisung
Sonstige Bemerkungen:	<div style="border: 1px solid black; height: 300px; width: 100%;"></div>

Ich (wir) ermächtige(n) den Versicherer bzw. Herrn/Frau  im Auftrag des Versicherers, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden (Polizei, Gericht usw.) einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) bezughabenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen.  
 Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift, dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe(n).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer