



<b>Polizzenummer/ Schadennummer</b>	<input type="text"/> Polizzenummer (unbedingt angeben)	<input type="text"/> Schadennummer(n) wenn bekannt																																																			
<b>Versicherungs- nehmer</b>	<input type="text"/> Familiennamen, Vorname, Titel bzw. Firmenname	<input type="text"/> Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.																																																			
	<input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	<input type="text"/> E-Mail																																																			
<b>Vermutliche Schadenhöhe</b>	<input type="checkbox"/> EUR 1 bis 2.000 <input type="checkbox"/> EUR 2.001 bis 10.000 <input type="checkbox"/> EUR 10.001 bis 50.000 <input type="checkbox"/> > EUR 50.000																																																				
<b>Allgemeine Fragen</b> 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"/>	Schadenuhrzeit: <input type="text"/>																																																			
Besteht noch eine andere Leitungswasserschadenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein           Wo? Versicherungsgesellschaft und bzw. Hausverwaltung           Polizzenummer																																																				
An welchen Teilen der Wasserversorgungsanlage ist der Schaden eingetreten?	<input type="checkbox"/> Druckrohr <input type="checkbox"/> Ablaufrohr <input type="checkbox"/> Dichtung <input type="checkbox"/> Regenablaufrohr <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: <input type="text"/> Wo? (Anschrift)																																																				
Sind Folgeschäden entstanden?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stiege/Stock/Top           Name           Telefonnummer																																																				
Art und Umfang (z. B. m <sup>2</sup> ) der „Folgeschäden“:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Top:</th> <th>Top:</th> <th>Top:</th> <th>Alter:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gebäudeversicherung → 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> <tr> <td>Betriebsversicherung → Einrichtung</td> <td colspan="4"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Ware</td> <td colspan="4"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige</td> <td colspan="4"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>				Top:	Top:	Top:	Alter:	Gebäudeversicherung → Malerei					Tapeten					Fliesen					Verputz					Boden					Sonstige					Betriebsversicherung → Einrichtung	<input type="text"/>				Ware	<input type="text"/>				Sonstige	<input type="text"/>			
	Top:	Top:	Top:	Alter:																																																	
Gebäudeversicherung → Malerei																																																					
Tapeten																																																					
Fliesen																																																					
Verputz																																																					
Boden																																																					
Sonstige																																																					
Betriebsversicherung → Einrichtung	<input type="text"/>																																																				
Ware	<input type="text"/>																																																				
Sonstige	<input type="text"/>																																																				

Wen trifft ein Verschulden an dem Schaden?	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> Name, Firma, Anschrift, Tel.-Nr.
Wurde mit der Behebung des Schadens begonnen?	<input type="checkbox"/> ja → <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; display: inline-block;"></div> <input type="checkbox"/> nein 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 style="width: 40px;" type="text"/> %
An wen soll die Entschädigungsleistung erfolgen?	an <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Reparatur-Firma (lt. Rechnung) oder <input type="checkbox"/> Name, Anschrift <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen?	über <input type="checkbox"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> IBAN des Zahlungsempfängers                      bei (genaue Bezeichnung der Bank)                      BIC per <input type="checkbox"/> Postanweisung
Sonstige Bemerkungen:	

## Meine freiwilligen Einwilligungen zur Verarbeitung meiner Daten

(Dieser Abschnitt betrifft den Versicherungsnehmer)

### Auskunftsvollmacht

Ich (wir) ermächtige(n) den Versicherer, Auskünfte aller Art bei Personen, Behörden (z.B. die Polizei) und Gerichten einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) Bezug nehmenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen. Das alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können. Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift, dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe(n).

Ja, ich stimme zu     Nein, ich stimme nicht zu

### Datenschutzhinweise

Daten sind bei uns gut aufgehoben! Wir achten darauf, dass sie sicher sind, rechtmäßig verwendet und geheim gehalten werden. Über den Umgang mit Daten informieren wir im Detail auf [www.uniqa.at](http://www.uniqa.at) im Bereich Datenschutz. Haben Sie noch Fragen? Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten gerne unter [datenschutz@uniqa.at](mailto:datenschutz@uniqa.at)

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer bzw. gesetzlicher Vertreter