



<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 →</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <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> <tr> <td>Betriebsversicherung →</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Einrichtung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ware</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:	Gebäudeversicherung →					Malerei					Tapeten					Fliesen					Verputz					Boden					Sonstige					Betriebsversicherung →					Einrichtung					Ware					Sonstige				
	Top:	Top:	Top:	Alter:																																																											
Gebäudeversicherung →																																																															
Malerei																																																															
Tapeten																																																															
Fliesen																																																															
Verputz																																																															
Boden																																																															
Sonstige																																																															
Betriebsversicherung →																																																															
Einrichtung																																																															
Ware																																																															
Sonstige																																																															

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 → <input type="checkbox"/> nein <div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 50px; display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"></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" value=""/> %
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: 500px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>
Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen?	über <input type="checkbox"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> IBAN des Zahlungsempfängers bei (genaue Bezeichnung der Bank) BIC per <input type="checkbox"/> Postanweisung
Sonstige Bemerkungen: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

## 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.uniq.at](http://www.uniq.at) im Bereich Datenschutz . Haben Sie noch Fragen? Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten gerne unter [datenschutz@uniq.at](mailto:datenschutz@uniq.at)

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer bzw. gesetzlicher Vertreter