



<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>Betroffene Sache</b>	<input type="checkbox"/> Gebäude <input type="checkbox"/> Inventar <input type="checkbox"/> Wohnungsinhalt	
<b>Art des Schadens</b>	<input type="checkbox"/> Feuer, Blitzschlag, Explosion <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl, Beraubung, Reisegepäck <input type="checkbox"/> Allrisk <input type="checkbox"/> Leitungswasser <input type="checkbox"/> Sturm, Hagel, Schneedruck, Erdbeben, Steinschlag	
<b>Vermutliche Schadenshöhe</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 Schaden- ereignis 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 zu diesem Schaden eine weitere Versicherung bei einer anderen Gesellschaft?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="text"/> <input type="text"/> Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzenummer)    Welche Versicherungssparte?	
Wurde fremdes Eigentum betroffen?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="text"/> Bei wem? (Name, Anschrift)	
Wurde eine Anzeige bei der Sicherheitsbehörde erstattet?	<input type="checkbox"/> ja → <input type="text"/> <input type="text"/> Bei welcher Behörde?    Datum und Eingabezahl	
Sind Sie zu diesem Schaden vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise, zu <input 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 <input type="text"/>	
Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen?	über <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IBAN des Zahlungsempfängers    bei (genaue Bezeichnung der Bank)    BIC per <input type="checkbox"/> Postanweisung	

Detaillierte Schilderung der Schadenursache bzw. des Schadenherganges:

**Nur bei Wohnungsinhalts- oder Inventarschäden beantworten!**

Besteht für das Gebäude eine Gebäudeversicherung?	<input type="checkbox"/> ja → Wo? <input type="checkbox"/> nein	
Versicherungsgesellschaft und Polizzenummer bzw. Hausverwaltung		

**Nur bei Gebäudeschäden beantworten!**

Welches Gebäude wurde beschädigt?	z.B. Hauptgebäude, Nebengebäude, Garage, etc.	
-----------------------------------	---	--

**Nur bei Einbruchdiebstahlschäden beantworten!**

Waren die Versicherungsräumlichkeiten zum Zeitpunkt des Schadenereignisses ordnungsgemäß versperrt?	<input type="checkbox"/> ja → Wie? <input type="checkbox"/> nein	
Aus welchen Räumlichkeiten wurden Sachen entwendet?		
Aus welchen Behältnissen wurden Sachen entwendet?		
Konnte(n) der (die) Täter ausgeforscht werden?	<input type="checkbox"/> ja → Name und Anschrift <input type="checkbox"/> nein	
Ist der Versicherungsnehmer Eigentümer der versicherten und entwendeten Sachen?	<input type="checkbox"/> ja Wer? Name und Anschrift <input type="checkbox"/> nein →	

**Detaillierte Aufstellung zum Schaden**

Bei Eigenleistung bitte Materialangaben und Zeitaufwand angeben. Bei Geräten Art, Marke und Type angeben. Eventuell Beiblatt verwenden.	Alter	Wiederbeschaffungs- bzw. Reparaturkosten inkl. MwSt.
		EUR
		EUR
		EUR
		EUR
		EUR
		EUR
		EUR
		EUR

**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

Zutreffendes bitte ankreuzen!