



**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

Vermutliche Schadenhöhe

1 bis 2.000 Euro 2.001 bis 10.000 Euro 10.001 bis 50.000 Euro > 50.000 Euro

Allgemeine Fragen

Hat sich das Schadenereignis an oben angeführter Anschrift ereignet? ja nein →
 Wo? (Anschrift)

Wann hat sich der Schaden ereignet bzw. wann ist der Schaden entstanden? Schadendatum:

Besteht noch eine andere Leitungswasserschadenversicherung? ja nein →
 Wo? Versicherungsgesellschaft und Polizzen-Nr. bzw. Hausverwaltung)

An welchen Teilen der Wasserversorgungsanlage ist der Schaden eingetreten?

Druckrohr Ablaufrohr Dichtung Gainze Sonstige
 angeschlossene Einrichtungen (z. B. Armaturen, Geräte usw.) und zwar:

Schadenursache:

Bruch Frost Korrosion Verstopfung
 Sonstige (genaue Schilderung):

Schadenort:

Innerhalb des Gebäudes:
 Stiege/Stock/Top
 Außerhalb des Gebäudes. Wo?
 Wo? (Anschrift)

Sind Folgeschäden entstanden? ja nein →

<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 →

	Top:	Top:	Top:	Alter:
Malerei	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tapeten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fliesen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verputz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Boden	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Betriebsversicherung →

Einrichtung

 Ware

 Sonstige

Wen trifft ein Verschulden an dem Schaden?	<input type="text"/>	
	Name, Firma, Anschrift, Tel.-Nr.	
Wurde mit der Behebung des Schadens begonnen?	<input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="text"/>	
	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:	<input type="text"/>	

UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, Telefon: +43 50677 670, E-Mail Adresse: info@uniqa.at („UNIQA“, „wir“, „uns“) ist verantwortlich, Ihre personenbezogenen Daten ausreichend zu schützen. UNIQA beachtet deshalb alle Rechtsvorschriften zum Schutz, zum rechtmäßigen Umgang und zur Geheimhaltung personenbezogener Daten, sowie zur Datensicherheit. Gerne erreichen Sie unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@uniqa.at. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in den Datenschutzhinweisen für Versicherungsverträge, die Ihnen jederzeit auf www.uniqa.at im Bereich Datenschutz zur Verfügung stehen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer

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).“

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer

Zutreffendes bitte ankreuzen!