

| | | | | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| Polizzenummer/ Schadennummer | Polizzenummer (unbedingt angeben) | Schadennummer (wenn bekannt) | 101 | 110 | 150 | 156 | 170 |
| Versicherungsnehmer | Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname | | Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr. | | | | |
| | Postleitzahl | Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür | | | | | |

Betroffene Versicherungssparte – bitte auch das betroffene Risiko dieser Sparte ankreuzen!

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sturmschadenversicherung | <input type="checkbox"/> Sturm <input type="checkbox"/> Schneedruck | <input type="checkbox"/> Hagel <input type="checkbox"/> Erdbeben/Steinschlag |
| <input type="checkbox"/> Zuhause & Glücklich Wohnungs- und Wohnungsplusversicherung, Haushaltversicherung | <input type="checkbox"/> Brand, Blitzschlag, Explosion <input type="checkbox"/> Leitungswasser | <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl (einfacher Diebstahl, Beraubung) <input type="checkbox"/> Sturm (Hagel, Schneedruck, Erdbeben, Steinschlag) |
| <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahlversicherung | <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl | <input type="checkbox"/> Beraubung |
| <input type="checkbox"/> Feuerversicherung | <input type="checkbox"/> Brand <input type="checkbox"/> Explosion | <input type="checkbox"/> Blitzschlag <input type="checkbox"/> indirekter Blitz- und Wohnungsschaden |

Spezielle Fragen zu der betroffenen Versicherungssparte beantworten Sie auf den folgenden Seiten (Sturmschadenversicherung Seite 1, Zuhause & Glücklich Wohnungs- und Wohnungsplusversicherung, Haushaltversicherung Seite 2, Einbruchdiebstahlversicherung Seite 3, Feuerversicherung Seite 4).

Allgemeine Fragen

| | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|--------------------------------|
| Hat sich das Schadenereignis an oben angeführter Anschrift ereignet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wo? (Anschrift) | | |
| Wann hat sich der Schaden ereignet bzw. wann ist der Schaden entstanden? | | Datum | Uhrzeit | vermutliche Schadenhöhe ATS |
| Besteht zu diesem Schaden eine weitere Versicherung bei einer anderen Gesellschaft? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzen-Nr.) | Welche Versicherungssparte? | |
| Wurde fremdes Eigentum betroffen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bei wem? (Name, Anschrift) | | |
| Sind Sie zu diesem Schaden vorsteuerabzugsberechtigt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise, zu _____ % | | | |
| Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen? | <input type="checkbox"/> an Versicherungsnehmer (wie oben) <input type="checkbox"/> oder an Name, Anschrift <input type="checkbox"/> über Post | <input type="checkbox"/> Reparatur-Firma (lt. Rechnung) <input type="checkbox"/> Bank, Sparkasse <input type="checkbox"/> Konto-Nr. _____ <input type="checkbox"/> BLZ _____ | | |

Sturmschadenversicherung

| | | |
|---|---|---------|
| Schadenursache? | <input type="checkbox"/> Sturm <input type="checkbox"/> Hagel <input type="checkbox"/> Schneedruck <input type="checkbox"/> Erdbeben/Steinschlag | |
| Nähere Beschreibung der Schadenursache: | | |
| Welche Objekte wurden betroffen? | | |
| Wurden auch unversicherte Sachen betroffen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Welche? |
| Waren schon früher Elementarschäden an den versicherten Sachen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Welche? |

Eine detaillierte Schadenaufstellung sowie sonstige Anmerkungen sind auf Seite 3 unter „Schadenaufstellung“ vorzunehmen!

Zuhause & Glücklich Wohnungs- und Wohnungsplusversicherung, Haushaltversicherung – allgemein

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|
| Der Versicherungsnehmer ist: | <input type="checkbox"/> Mieter | <input type="checkbox"/> Wohnungseigentümer | <input type="checkbox"/> Gebäudeeigentümer |
| Es handelt sich um ein: | <input type="checkbox"/> Ein-, | <input type="checkbox"/> Zwei-, | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienwohnhaus |
| Die Wohnfläche beträgt: | <input type="text"/> m ² | | |
| Die Wohnung umfasst folgende eingerichtete Räumlichkeiten (bitte Anzahl einsetzen): | Einbauküche <input type="checkbox"/> | Wohnküche <input type="checkbox"/> | Wohnzimmer <input type="checkbox"/> Schlafzimmer <input type="checkbox"/> |
| | | Wohnschlafzimmer <input type="checkbox"/> | Kabinett <input type="checkbox"/> Arbeitszimmer <input type="checkbox"/> |
| | Nebenräume <input type="checkbox"/> | und zwar <input type="text"/> | |
| Im gemeinsamen Haushalt leben wie viele | Erwachsene: <input type="text"/> | Kinder über 10 Jahre: <input type="text"/> | Kinder unter 10 Jahren: <input type="text"/> |
| Adaptierungen: | Wert ca. ATS <input type="text"/> | (Malerei, Tapeten, Wand- und Bodenbeläge, Verfließungen, Armaturen und Messgeräte, Klosetts, eingebaute Badewannen und Brausetassen usw.) | |
| Schmuck, Teppiche, Bilder: | Wert ca. ATS <input type="text"/> | | |
| Sammlungen (Münzen, Marken): | Wert ca. ATS <input type="text"/> | | |
| Entstanden auch Schäden am Gebäude? | <input type="checkbox"/> ja | Welche? <input type="text"/> | |
| | <input type="checkbox"/> nein | | |

Wohnungs- und Haushaltstrisiko: Brand, Blitzschlag, Explosion

| | | | |
|---|--|---|--|
| Schadenursache? | <input type="checkbox"/> Brand | <input type="checkbox"/> Blitzschlag | <input type="checkbox"/> indirekter Blitzschaden |
| | <input type="checkbox"/> Explosion | <input type="checkbox"/> unbekannte Ursache | |
| Wo und wie ist der Schaden entstanden? | <input type="text"/> | | |
| Wer hat den Brand gelöscht? | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer | <input type="checkbox"/> Feuerwehren: <input type="text"/> | |
| Besteht für das Gebäude eine Feuerversicherung? | <input type="checkbox"/> ja | Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzenummer bzw. Hausverwaltung) | |
| | <input type="checkbox"/> nein | | |

Eine detaillierte Schadenaufstellung sowie sonstige Anmerkungen sind auf Seite 3 unter „Schadenaufstellung“ vorzunehmen!

Wohnungs- und Haushaltstrisiko: Leitungswasserschaden

| | | | |
|---|--|---|--|
| Schadenursache? | <input type="checkbox"/> Frost | <input type="checkbox"/> Druckrohrgebrechen | <input type="checkbox"/> Ablaufrohrgebrechen |
| | <input type="checkbox"/> Gebrechen von Druckschläuchen, Armaturen, Waschmaschinen, Geschirrspülern | | |
| | <input type="checkbox"/> Fahrlässigkeit (z. B. Nichtabdrehen der Armaturen, Verstopfung) | | |
| Wo und wie ist der Schaden entstanden? | <input type="text"/> | | |
| Besteht für das Gebäude eine Leitungswasserschadenversicherung? | <input type="checkbox"/> ja | Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzenummer bzw. Hausverwaltung) | |
| | <input type="checkbox"/> nein | | |

Eine detaillierte Schadenaufstellung sowie sonstige Anmerkungen sind auf Seite 3 unter „Schadenaufstellung“ vorzunehmen!

Wohnungs- und Haushaltstrisiko: Sturm, Hagel, Schneedruck etc.

| | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---|
| Schadenursache? | <input type="checkbox"/> Sturm | <input type="checkbox"/> Hagel | <input type="checkbox"/> Schneedruck | <input type="checkbox"/> Erdbeben/Steinschlag |
| Nähere Beschreibung der Schadenursache: | <input type="text"/> | | | |

Eine detaillierte Schadenaufstellung sowie sonstige Anmerkungen sind auf Seite 3 unter „Schadenaufstellung“ vorzunehmen!

Wohnungs- und Haushaltstrisiko: Einbruchdiebstahl, Beraubung

| | | | |
|-----------------|--|--|------------------------------------|
| Schadenursache? | <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl | <input type="checkbox"/> einfacher Diebstahl | <input type="checkbox"/> Beraubung |
|-----------------|--|--|------------------------------------|

Die weiteren Fragen sind auf Seite 3 unter „Einbruchdiebstahlversicherung“ zu beantworten.

Wichtig: Bitte Bestätigung der Sicherheitsbehörde auf Seite 3 einholen!

Einbruchdiebstahlversicherung

| | | |
|---|--|--|
| Waren die Versicherungsräumlichkeiten zum Zeitpunkt des Schadeneignisses ordnungsgemäß versperrt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wie? Grund: |
| Wurden die vereinbarten Sicherungen angewendet? (Gitter, Alarmanlage, etc.) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Welche? Grund: |
| Wie gelangte(n) der (die) Täter in die Versicherungsräumlichkeiten? | | |
| Liegt eine Nachsperre vor? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nachweis: |
| Aus welchen Räumlichkeiten wurden Sachen entwendet? | | |
| Aus welchen Behältnissen wurden Sachen entwendet? (Kassen, Safe, Möbel, etc.) | | |
| Konnte(n) der (die) Täter ausgeforscht werden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Name und Anschrift: |
| Ist der Versicherungsnehmer Eigentümer der versicherten und entwendeten Sachen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wer? (Name und Anschrift) |
| Können Eigentums- oder Wertnachweise beigebracht werden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Rechnungen <input type="checkbox"/> Aufzeichnungen <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Zeugen |

Eine detaillierte Schadenaufstellung sowie sonstige Anmerkungen sind nachstehend unter „Schadenaufstellung“ vorzunehmen!
Wichtig: Bitte Bestätigung der Sicherheitsbehörde auf Seite 3 einholen!

Schadenaufstellung – für sämtliche Versicherungssparten zu verwenden

| | | | | |
|--|--|----------------------------|-------|-------|
| Detaillierte Aufstellung zum Schaden an Gebäuden, Einrichtungen, Waren, etc. Welche Gegenstände wurden beschädigt bzw. gestohlen? (Bei Geräten Art, Marke und Type angeben) | Bei Gebäuden und Adaptierungen bitte Materialangaben und Zeitaufwand bei Eigenleistung. | | | |
| | Ist eine Erhebung gewünscht oder erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | Wiederbeschaffungskosten <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne MwSt. | Schaden/Rep.-Kosten ATS | Alter | ZW/NW |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Sonstige Anmerkungen:

Bestätigung der Sicherheitsbehörde

Die bezügliche Anzeige mit einem Schadenbetrag von ATS _____ wurde hierorts,
 Eingabe-Zahl Nr.: _____ am _____ erstattet.
 Als Täter wurde(n) ermittelt: _____

Feuerversicherung

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| Schadenursache? | <input type="checkbox"/> Brand | <input type="checkbox"/> Blitzschlag | <input type="checkbox"/> indirekter Blitzschaden | <input type="checkbox"/> Explosion |
| Nähere Beschreibung der Schadenursache: Bitte ausführliche Angaben zur Brandentstehung. Bei Brandstiftung oder Fremdverschulden: Name, Alter, Adresse sowie Haftpflichtversicherung des Verursachers. | <input type="checkbox"/> vermutlich <input type="checkbox"/> geklärt | | | |
| Wo entstand der Schaden? | <input type="checkbox"/> Gebäude | Position: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> im Freien | |
| Beschreibung des Gebäudes: | Bauausführung: <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> sehr gut | Länge: <input type="text"/> m | Breite: <input type="text"/> m | Anzahl der Stockwerke: <input type="text"/> |
| | ausgebautes Dachgeschoss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Keller: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Welche Polizzenpositionen sind vom Schaden noch betroffen? | Position: <input type="text"/> | Text: <input type="text"/> | | |
| Wurden auch nichtversicherte Sachen beschädigt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Welche? (Eigentümer) <input type="text"/> | | |
| Wer hat den Brand, den Blitzschlag, die Explosion zuerst bemerkt? | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer | <input type="checkbox"/> Angehörige | <input type="checkbox"/> Nachbarn | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| An wen wurde die Anzeige erstattet? | Gend.-Posten: <input type="text"/> | Pol.-Dienststelle: <input type="text"/> | | |
| Die Brandbekämpfung erfolgte durch: | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer | Feuerwehren: <input type="text"/> | | |
| Nachweis, dass ein indirekter Blitzschaden vorliegt: | <input type="checkbox"/> Vermutung (gemeindeamtliche Bestätigung über Gewitter bringen) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Feststellung durch qualifizierte Elektro-Reparaturfirma (Bestätigung beibringen) | | | |
| Besteht eine Betriebsunterbrechungsversicherung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzennummer) <input type="text"/> | | |
| Ist mit einem teilweisen oder totalen Betriebsunterbrechungs-Schaden zu rechnen? | <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> total | Dauer: <input type="text"/> | | |

Eine detaillierte Schadenaufstellung sowie sonstige Anmerkungen sind auf Seite 3 unter „Schadenaufstellung“ vorzunehmen!

Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift, dass alle Angaben zu diesem Schadenfall der Wahrheit entsprechen.
Ich ermächtige die UNIQA Sachversicherung AG, Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gerichten usw.) einzuholen, Einsicht in die Akten zu nehmen sowie Abschriften anzufertigen.

Unterschrift: BetreuerIn

Ort, Datum

Unterschrift: VersicherungsnehmerIn

Bitte Schadenmeldung unbedingt bei der zuständigen Landesdirektion einreichen.

- Wien: 1021 Wien, Untere Donaustraße 47, Tel. (01) 213 33
- Niederösterreich: 3101 St. Pölten, Schießstattring 31-33, Tel. (02742) 894
- Oberösterreich: 4021 Linz, Fabrikstraße 32, Tel. (0732) 69 05
- Steiermark: 8021 Graz, Annenstraße 36-38, Tel. (0316) 782
- Tirol: 6021 Innsbruck, Südtiroler Platz 6, Tel. (0512) 53 32
- Kärnten: 9010 Klagenfurt, Heuplatz 1, Tel. (0463) 58 32
- Salzburg: 5020 Salzburg, Auerspergstraße 9, Tel. (0662) 86 89
- Vorarlberg: 6900 Bregenz, Rheinstraße 18, Tel. (05574) 406
- Burgenland: 7000 Eisenstadt, Colmarplatz 1, Tel. (02682) 602

Für Informationen wenden Sie sich bitte an unsere Service Center oder an das Service Center Ihrer Landesdirektion (oben angeführte Telefon-Nummer mit 654 DW)