



**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? Bitte auch die vermutliche Schadenhöhe angeben.  
 Schadendatum:   
 Schadenuhrzeit:

**Bei Personenschaden:**  
 Name, Anschrift und Tel.-Nr. der verletzten Person

Art der Verletzung

**Bei Sachschaden:**  
 Name, Anschrift und Tel.-Nr. der geschädigten Person

Beschädigte Sachen, Tiere

	Alter	seinerzeitiger Anschaffungspreis EUR:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detaillierte Schilderung der Schadenursache bzw. des Schadenherganges

Wo ist die Besichtigung der beschädigten Sachen derzeit möglich?

War die beschädigte Sache übernommen zur

Bearbeitung  Reparatur  mietweisen Benützung  
 Beförderung  Verwahrung  
 einer sonstigen anderweitigen Tätigkeit?

In welchem Verhältnis standen die Geschädigten zu Ihnen bzw. zum Verursacher?  Lohn- oder  Dienstverhältnis  Familien- oder  Hausgemeinschaft

Sind die Geschädigten mit Ihnen bzw. mit dem Verursacher verwandt oder verschwägert?  ja →  nein

<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Schwiegereltern	<input type="checkbox"/> Großeltern
<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> Schwiegerkinder	<input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> Geschwister
<input type="checkbox"/> Adoptiv-	<input type="checkbox"/> Pflege-	<input type="checkbox"/> Stiefkinder	<input type="checkbox"/> Eheg. d. Geschw.
<input type="checkbox"/> deren Kinder	<input type="checkbox"/> Geschw. d. Eheg.	<input type="checkbox"/> Lebensgefährte	

Wer hat den Schaden verursacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist dieser einer Ihrer Dienstnehmer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist dieser einer Ihrer Familienangehörigen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→		
Name, Anschrift, Tel.-Nr., Geb.Dat.			
Worin liegt das Verschulden?		Grund	
Trifft auch Sie ein Versehen oder Verschulden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→	Warum?	
Hätte der Geschädigte den Schaden verhindern können? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→	Wie?	
Sind seitens des Geschädigten oder von anderer Seite Schadenersatzansprüche an Sie gestellt worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→	In welcher Höhe? (EUR)	
Sind Sie mit der Erledigung der Ansprüche durch uns einverstanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→	Warum nicht?	
Konnte(n) der (die) Täter ausgeforscht werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→	Warum nicht?	
Sind Sie für diesen Versicherungsfall rechtsschutzversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→	bei	Pol.Nr.
Besteht für das versicherte Risiko noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung? (Haushalt, Landwirtschaft) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→	bei	
Von welcher Polizeidienststelle wurde der Vorfall aufgenommen?			gegen wen?
Ist ein behördliches Verfahren anhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→	Behörde, Gericht (Gesch. Zahl)	
Zeugen des Schadenereignisses? Name, Anschrift, Tel.-Nr.			
Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen? an <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer (wie oben) <input type="checkbox"/> Reparatur-Firma (lt. Rechnung) <input type="checkbox"/> an Geschädigten oder an <input type="checkbox"/> Name, Anschrift			
über <input type="checkbox"/> IBAN des Zahlungsempfängers <input type="checkbox"/> bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> per Postanweisung			

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