

SCHADENANZEIGE

KRAFTFAHRTVERSICHERUNG

| | | | |
|---|---|---|--|
| Versicherer | _____ | Police Nr. | _____ |
| VR-Schadennr. | _____ | Mapra Schadennr. | _____ |
| Versicherungsnehmer, Name, Vorname _____ | | | |
| Straße, Hausnr. | _____ | PLZ | _____ Ort _____ |
| Telefon (tagsüber) | _____ | E-Mail | _____ |
| Schadentag | _____ | Uhrzeit | _____ <input type="checkbox"/> Haftpflicht <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko |
| Schadenort / Straße | _____ | PLZ | _____ Ort _____ |
| Fahrer zum Schadenzeitpunkt _____ | | | |
| Telefon (tagsüber) | _____ | E-Mail | _____ |
| Führerschein Klasse | _____ | Führerschein Nr. | _____ |
| ausgestellt am | _____ | durch Behörde | _____ |
| Alkoholgenuß | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | - Ergebnis der Alkoholkontrolle: Atemalkohol _____ Promille, Blutalkohol _____ Promille | |
| Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | - positives Ergebnis der Drogenüberprüfung _____ | |
| Fahrzeugkennzeichen _____ | | Unfallgegner, Name, Anschrift, Telefon, Mail _____ | |
| Schaden am eigenen Fahrzeug _____ | | _____ | |
| _____ | | _____ | |
| Schadenhöhe ca. _____ EUR | | Fahrzeugart / Hersteller _____ | |
| Fahrzeug zu besichtigen bei _____ | | Kennzeichen / Baujahr _____ | |
| _____ | | Schaden am Fahrzeug des Unfallgegners _____ | |
| bei Diebstahlschäden: <input type="checkbox"/> Wegfahrsperre vorhanden | | Schadenhöhe ca. _____ EUR | |
| <input type="checkbox"/> Türen verschlossen <input type="checkbox"/> Fenster geschlossen | | Fahrzeug zu besichtigen bei _____ | |
| <input type="checkbox"/> Lenkschloß gesperrt <input type="checkbox"/> Zündschlüssel abgezogen | | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Personenschaden / Art der Verletzung _____ | | <input type="checkbox"/> Personenschaden / Art der Verletzung _____ | |

Schadenhergang ggfs. mit Skizze - Bitte ggf. Rückseite oder Beiblatt benutzen

Zeugen _____

polizeiliche Aufnahme Dienststelle / Aktenzeichen _____

Gebührenpflichtige Verwarnung Höhe _____ EUR Wer wurde verwarnt? _____

Es besteht Vorsteuerabzugsberechtigung Es wurden eigene Ansprüche gestellt bei _____

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte beachten Sie, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.
Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.mapra-hamburg.de

MAPRA
ASSEKURANZKONTOR

MAPRA Assekuranzkontor Hamburg GmbH · Gotenstraße 17 · D-20097 Hamburg · T +49 (0) 40 69 44 01-0 · F +49 (0) 40 69 44 01-79 · www.mapra-hamburg.de · info@mapra-hamburg.de · Hypovereinsbank · SWIFT/BIC HYVEDEMM300 · Geschäftskonto IBAN DE 85 2003 0000 0000 1518 52 · Prämieneinzugskonto IBAN DE 23 2003 0000 0000 3099 14 · Amtsgericht Hamburg HR B 32983 · Sitz der Gesellschaft Hamburg · Geschäftsführer Joachim Frommann · Roland Kanurski · Lars Nobel · IHK-Reg.Nr. D-5MC8-AFZ12-55 · Steuer-Nr. 22 286 02305 · FA Hamburg

 Bundesverband
Deutscher
Versicherungs-
Makler e.V.

20230309