

SCHADENANZEIGE/ HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| Versicherer | _____ | Police Nr. | _____ |
| VR-Schadennr. | _____ | Mapra Schadennr. | _____ |
| Versicherungsnehmer, Name, Vorname _____ | | | |
| Straße, Hausnr. | _____ | PLZ | Ort _____ |
| Telefon (tagsüber) | _____ | E-Mail | _____ |
| Schadentag | _____ | Uhrzeit | _____ |
| Schadenort / Straße | _____ | PLZ | Ort _____ |
| Geschädigter / Anspruchsteller, Name/Vorname _____ | | | |
| Straße, Hausnr. | _____ | PLZ | Ort _____ |
| Telefon (tagsüber) | _____ | E-Mail | _____ |
| Ist der Geschädigte | <input type="checkbox"/> ein Angehöriger von Ihnen? <input type="checkbox"/> bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> ein Vertragspartner? <input type="checkbox"/> ein Lebensgefährte in häuslicher Gemeinschaft? | | |
| Art des Verwandtschafts-, Angestellten- oder Vertragsverhältnisses _____ | | | |
| Angaben zur beschädigten Sache Bitte Rechnungen, Kostenvoranschläge, Kostennachweise beifügen / nachreichen! | | | |
| Was wurde beschädigt? | _____ | Schadenhöhe geschätzt | _____ EUR |
| Anschaffungsjahr | _____ | Anschaffungspreis | _____ EUR Ist Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie die beschädigte/n Sache/n <input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> geliehen <input type="checkbox"/> zur Verwahrung <input type="checkbox"/> zu bearbeiten? <input type="checkbox"/> zu reparieren? | | | |

Schadenhergang /Schadenverlauf ggfs. mit Skizze - Bitte geben Sie eine Schadenschilderung ab, ggfs. auf einem gesonderten Blatt.

| | |
|---|---|
| Wer hat den Schaden verursacht? Name, Vorname _____ | |
| Straße, Hausnr. | _____ PLZ _____ Ort _____ |
| Telefon (tagsüber) | _____ E-Mail _____ |
| Bei Kindern Geburtsdatum _____ | Haben Sie Ihre Aufsichtspflicht verletzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Zeugen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Es wurde ein Straf- / Ermittlungsverfahren eingeleitet | Behörde / Aktenzeichen _____ |
| Bei Personenschäden: Wer ist verletzt? Name, Vorname _____ | |
| Straße, Hausnr. | _____ PLZ _____ Ort _____ |
| Welche Verletzungen sind eingetreten? _____ | |
| Datum _____ | Unterschrift _____ |

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