

# 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 _____		<b>Unfallgegner, Name, Anschrift, Telefon, Mail</b> _____ _____ _____ _____ <b>Fahrzeugart / Hersteller</b> _____ <b>Kennzeichen / Baujahr</b> _____ <b>Schaden am Fahrzeug des Unfallgegners</b> _____ _____ <b>Schadenhöhe ca.</b> _____ <b>EUR</b> <b>Fahrzeug zu besichtigen bei</b> _____ _____ <input type="checkbox"/> Personenschaden / Art der Verletzung _____	
Schaden am eigenen Fahrzeug _____			
Schadenhöhe ca. _____ <b>EUR</b>			
Fahrzeug zu besichtigen bei _____			
bei Diebstahlschäden: <input type="checkbox"/> Wegfahrsperre vorhanden			
<input type="checkbox"/> Türen verschlossen <input type="checkbox"/> Fenster geschlossen			
<input type="checkbox"/> Lenkschloß gesperrt <input type="checkbox"/> Zündschlüssel abgezogen			
<input type="checkbox"/> Personenschaden / Art der Verletzung _____			

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

Zeugen

<input type="checkbox"/> polizeiliche Aufnahme	Dienststelle / Aktenzeichen _____
<input type="checkbox"/> Gebührenpflichtige Verwarnung	Höhe _____ EUR Wer wurde verwarnt? _____
<input type="checkbox"/> Es besteht Vorsteuerabzugsberechtigung	<input type="checkbox"/> 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](http://www.mapra-hamburg.de)