

Bitte zurück an:

IDEAL Versicherung AG
Service- und Kompetenzcenter
Kochstr. 26

10969 Berlin

Kochstraße 26
D-10969 Berlin

Telefon 030/25 87-0
Telefax 030/25 87-80

info@ideal-versicherung.de
www.ideal-versicherung.de

Ansprechpartner

Berlin,

Unfall-Schadenanzeige

Versicherung Nr. _____

Schadennummer _____

1. Wann und wo ereignete sich der Schadenfall?
(Ort, Straßenstelle etc.)

am | | | | | | | | | | um _____ Uhr

in _____

2. a) Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers

b) Wohnort und Straße

3. a) Vor- und Zuname des Verletzten

b) Geburtsdatum

| | | | | | | | | |

c) Wohnort und Straße

d) Beruf

e) Telefon

privat _____

dienstlich _____

4. a) Ist der Verletzte noch anderweitig
unfallversichert?

Nein Ja - Name und Anschrift der Gesellschaft:

b) Versicherungsnummer

c) Schadennummer

d) Haben Sie den Unfall dort gemeldet?

Nein Ja, am | | | | | | | | | |

5. a) Bei welcher Beschäftigung bzw. bei
welcher Gelegenheit ereignete sich der
Unfall?

b) Ereignete sich der Unfall bei
Ausübung
der beruflichen Tätigkeit?

Nein Ja, _____

6. Zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit des Verletzten? _____
Seit wann? _____

seit dem

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs
(ggf. Beiblatt verwenden) _____

8. Name und Anschrift von Augenzeugen _____

9. a) Hat der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Rauschmittel, Medikamente oder Alkohol zu sich genommen? Nein Ja - Was und in welcher Menge? _____

b) Wurde eine Blutprobe entnommen? Nein Ja - Ergebnis _____ ‰

10. a) Welche Polizeibehörde hat den Hergang aufgenommen? _____
Adresse der aufnehmenden Behörde _____

b) Tagebuchnummer _____

c) Verwarnung / Bußgeld / Anzeige Nein Ja - gegen _____

11. a) Wann wurde erstmals wegen des Unfalls ein Arzt hinzugezogen? Datum / Uhrzeit _____

b) Name und Anschrift des Arztes _____

c) Stationäre Krankenhausbehandlung? Nein Ja

d) Anschrift des Krankenhauses? _____

e) Dauer des stationären Aufenthalts? Bei Krankenhaustagegeldversicherung Bescheinigung des Krankenhauses mit Diagnose beifügen.
vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. Art der Verletzungen? _____

13. Name, Anschrift und Fachrichtung des weiter behandelnden Arztes _____

14. Dauert die ärztliche Behandlung noch an? Ja Nein, sie wurde am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 abgeschlossen.
15. a) War der Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich beeinträchtigt? Nein Ja _____

- b) Lag ein Grad der Behinderung (GdB) vor? Nein Ja _____ %
 Seit wann? _____
- Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt? Nein Ja - Merkzeichen auf Rückseite: _____
Bitte Kopie (Vor- und Rückseite) und Bescheid des Versorgungsamtes beifügen.
- c) Besteht Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 1,2,3,4 oder 5? Nein Ja, seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (Bitte Kopie des Bescheids beifügen) Pflegegrad _____
- d) Wurde Antrag auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt? Nein Ja, am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- e) Name, Anschrift, Aktenzeichen des Trägers der gesetzlichen Pflegeversicherung

- f) Welcher Arzt ist von dem Verletzten im letzten Jahr vor dem Unfall zu Rate gezogen worden?

- g) Erlitt der Verletzte bereits früher Unfälle? Nein Ja, wann

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Erlittene Verletzungen: _____

Zusatzfragen bei Todesfallmeldung

16. a) Welcher Arzt stellte den Tod fest? (Name, Anschrift und Telefon):

- b) Wann verstorben? (Datum, Uhrzeit)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Uhrzeit: _____ Wo?: _____
- c) Erfolgte eine Sektion? Nein Ja - auf Veranlassung von _____
 Sie wurde angeordnet von Staatsanwaltschaft / Gericht in

 unter Aktenzeichen _____
- d) Todesursache?
 Ist der Tod in Folge des Unfalles eingetreten? Nein Ja
- e) Bei welchem Versicherer besteht eine Lebensversicherung mit Unfallzusatzversicherung? (Name und Anschrift)

 Versicherungsschein-Nr. _____

Überweisung erbeten an (Name und Anschrift des Kontoinhabers)

Name des Geldinstituts _____

IBAN

Die vorstehenden Angaben sind wahrheitsgemäß nach bestem Wissen gemacht worden. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes gelten bewusst unwahre oder unvollständige Angaben als vorsätzliche Obliegenheitsverletzungen und haben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Das Gleiche gilt für die vorsätzliche Nichteinreichung dieser Schadenanzeige.

Hinweis:
Bitte fügen Sie der Schadenanzeige unbedingt eine vollständig ausgefüllte Schweigepflicht-Entbindungserklärung (unterschrieben von der versicherten Person bzw. gesetzlichen Vertretung) bei.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der Versicherten Person