



- NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
 NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
 GARANTA Versicherungs-AG
 90337 Nürnberg

Unfallbericht

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Verletzte Person

Vorname, Name der verletzten Person

Straße, Hausnummer

ausgeübter Beruf

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Geschlecht
 männlich weiblich

Schaden-Nummer

Versicherungsschein-Nummer

Staatsangehörigkeit

Telefon tagsüber

Zahlungsempfänger

Institut

Vorname, Name des Kontoinhabers

BLZ

Kontonummer

Unfall

Wann ereignete sich der Unfall?

Unfalltag

Uhrzeit (24-Stunden-Schreibweise)

Wo ereignete sich der Unfall
(bei Platzmangel bitte gesondertes
Blatt verwenden)?

Art des Unfalls

Wegeunfall Arbeits-/Schul-/Kindergartenunfall
 Unfall im Straßenverkehr Sportunfall sonstiger Unfall

Wie war der genaue Hergang und
was war die Ursache des Unfalls
(bei Platzmangel bitte gesondertes
Blatt verwenden)?

Nahm die verletzte Person in den
letzten 12 Stunden vor dem Unfall
Alkohol, Rauschmittel oder
Medikamente zu sich?

nein ja

Welcher Art?

Welche Menge?

Wann (genauer Zeitpunkt)?

Wurde eine Blutprobe genommen?

nein ja

Promillewert

Welche Polizeidienststelle hat den
Unfall aufgenommen?

Polizeidienststelle

Tagebuchnummer

Welche Staatsanwaltschaft befasst
sich mit dem Unfall?

Staatsanwaltschaft

Aktenzeichen

Bei Motorfahrzeug-Unfall:

Name und Führerscheinklassen des Fahrers

Amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs

Welche Verletzungen erlitt die
verletzte Person (Verletzungsart
und betroffene Körperstellen bitte
genau angeben)?

Wann begann die ärztliche
Behandlung?

Datum

Uhrzeit (24-Stunden-Schreibweise)



Von welchen Ärzten und in welchen Krankenhäusern wurde die verletzte Person seit Eintritt des Unfalls behandelt (bei Platzmangel bitte gesondertes Blatt verwenden)?

Name, Fachrichtung, Anschrift

War die Behandlung stationär?
 nein ja

Zeitraum

Bestanden bei der verletzten Person schon vor dem Unfall Krankheiten oder Behinderungen?

Name, Fachrichtung, Anschrift

War die Behandlung stationär?
 nein ja

Zeitraum

nein ja

Welche und seit wann?

Hatte die verletzte Person früher Unfälle, die nicht in den Bereich der jetzigen Unfallverletzung fallen?

nein ja

Zeitpunkt der Unfälle, Verletzungsarten, Dauerfolgen

Hatte die verletzte Person im Bereich der jetzigen Unfallverletzung schon vor dem Unfall Erkrankungen oder Verletzungen?

nein ja

Zeitpunkt der Erkrankung/Verletzung, Dauerfolgen

Von welchen Ärzten wurde die verletzte Person in den letzten 3 Jahren vor dem Unfall behandelt und weswegen (bei Platzmangel bitte gesondertes Blatt verwenden)?

Name, Fachrichtung, Anschrift

Zeitraum

Art der Krankheit

Name, Fachrichtung, Anschrift

Zeitraum

Art der Krankheit

Bezog die verletzte Person vor dem Unfall Rente (bitte Rentenbescheid beifügen)?

nein ja

Art der Rente, Prozentsatz und Versicherungsträger

Bestand schon vor dem Unfall eine Pflegestufe (bitte Kopie des Bescheids beifügen)?

nein ja, welche?

Pflegestufe

Bestehen andere private Unfallversicherungen oder Unfall-Zusatzversicherungen?

nein ja, welche?

Name, Anschrift, Versicherungsschein-Nummer

Welche gesetzliche und ggf. private Krankenversicherung besteht?

Name und Anschrift der Gesellschaft

Versicherungsschein- bzw. Mitgliedsnummer

Wurde der Unfall einem gesetzlichen Unfallversicherer (z. B. Berufsgenossenschaft) gemeldet?

nein ja, welchem?

Name und Anschrift

Aktenzeichen



Mitteilungen über die Folgen der Verletzung der Auskunfts- und Aufklärungspflichten nach dem Versicherungsfall:

Aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen haben Sie uns nach Eintritt des Versicherungsfalles alle Angaben zu machen, die der Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (sog. Aufklärungspflicht) oder zur Feststellung des Versicherungsfalles bzw. des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich sind (sog. Auskunftspflicht).

Verletzen Sie arglistig oder vorsätzlich die Pflicht zur Auskunft oder zur Aufklärung, werden wir von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Verstoßen Sie hingegen grob fahrlässig gegen eine dieser Pflichten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Die Kürzung wird unterbleiben, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Pflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Pflichten zur Auskunft oder zur Aufklärung bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Pflichtverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Ich erkläre, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich in Verbindung mit der beantragten Versicherungsleistung ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie an den GDV und andere Versicherer zur Beurteilung der Ansprüche weitergibt. Auch willige ich ein, dass die Versicherer der NÜRNBERGER VERSICHERUNGS-GRUPPE und die NÜRNBERGER SofortService AG, soweit es der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs-, und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer weitergegeben werden und an Vertreter, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Auf Wunsch werden mir zusätzliche Informationen zur Datenübermittlung übersandt.

Ich willige außerdem darin ein, dass meine angegebenen Daten in dem zur Bearbeitung dieses Unfalls erforderlichen Umfang durch die NÜRNBERGER SofortService AG gespeichert und genutzt werden. Zu diesem Zweck befreie ich die Mitarbeiter der NÜRNBERGER VERSICHERUNGSGRUPPE von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht nach § 203 I Nr. 6 StGB gegenüber den Mitarbeitern der NÜRNBERGER SofortService AG und umgekehrt.

Ich weiß, dass der Versicherer und die NÜRNBERGER SofortService AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht die Angaben überprüfen, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Das gilt auch für die Prüfung von Leistungsansprüchen im Fall meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – und für die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken-, oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, weil er/sie die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort, Datum

Unterschrift (Vorname und Name) der verletzten Person, ihres Beauftragten (falls die verletzte Person aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht unterschreiben kann), ihres gesetzlichen Vertreters oder ihres Hinterbliebenen

Ort, Datum

Unterschrift (Vorname und Name) des Versicherungsnehmers (wenn nicht verletzte Person)