



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

Unfallbericht

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Verletzte Person

Vorname und Name der verletzten Person
Straße, Hausnummer
Ausgeübter Beruf

Geburtsdatum
PLZ, Ort
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Aktenzeichen
Versicherungsscheinnummer
Staatsangehörigkeit
Telefon tagsüber

Zahlungsempfänger

Institut

Vorname und 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, Menge und zu welcher Zeit?

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 (Name, Fachrichtung, Anschrift)?

(Bei Platzmangel bitte gesondertes Blatt verwenden.)

--	--

War die Behandlung stationär?

nein ja

Behandlung von – bis

--	--

War die Behandlung stationär?

nein ja

Behandlung von – bis

--	--

nein ja Welche und seit wann?

--	--

nein ja Zeitpunkt der Unfälle, Verletzungsarten, Dauerfolgen

--	--

nein ja Zeitpunkt der Erkrankung/Verletzung, Dauerfolgen

--	--

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

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

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

Von welchen Ärzten (Name, Anschrift, Fachrichtung) wurde die verletzte Person in den letzten 3 Jahren vor dem Unfall behandelt? Weswegen?

Zeitraum	Art der Krankheit

Zeitraum	Art der Krankheit

Bezog die verletzte Person vor dem Unfall Rente?

nein ja Bitte Art der Rente, Prozentsatz und Versicherungsträger angeben und Rentenbescheid beifügen.

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?

Bestand schon vor dem Unfall eine Pflegestufe?

(Bitte Kopie des Bescheids beifügen.)

Bestehen andere private Unfallversicherungen oder Unfall-Zusatzversicherungen?

nein ja Welche (Namen, Anschriften, Versicherungsscheinnummern)?

Welche gesetzliche und ggf. private Krankenversicherung (Name und Anschrift der Gesellschaft) besteht?

Gesellschaft

Versicherungsschein- bzw. Mitgliedsnummer

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

nein ja Welchem (Name und Anschrift)?

Name und Anschrift

Aktenzeichen



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

Aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen haben Sie uns nach Eintritt des Versicherungsfalls alle Angaben zu machen, die der Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (sog. Aufklärungsobliegenheit) oder zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich sind (sog. Auskunftsobliegenheit).

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

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

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft oder zur Aufklärung bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls 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)