



## Service für den Schadenfall

Sehr geehrte Vertragspartnerin,  
sehr geehrter Vertragspartner,

Sie haben uns mit dem Abschluss dieser Versicherung Ihr Vertrauen geschenkt. Wir werden uns dieses Vertrauens würdig erweisen wie schon gegenüber tausenden von anderen Angehörigen der großen Gefahrengemeinschaft der NÜRNBERGER, die über 4 Millionen Versicherte umfasst.

Wir erlauben uns, Ihnen nochmals zu bestätigen, dass Sie mit dieser Vorsorge gegen die finanziellen Folgen eines Unfalls eine gute und richtige Entscheidung getroffen haben. Eine Versicherung ist gut. Wofür, zeigt sich ganz deutlich und spürbar, wenn ein Schaden eingetreten ist. Ob ein Versicherungsunternehmen gut ist, beurteilt der Versicherte danach, wie schnell und zufriedenstellend Schäden reguliert werden. Wir wollen nicht nur Beiträge kassieren. Wir wollen Ihnen helfen, wann immer Sie uns brauchen. Das dürfen unsere Versicherten von uns erwarten. Auch Sie.

Die Gefahrengemeinschaft der NÜRNBERGER ist groß, und daher ist es gut für beide Vertragspartner – für Sie und für die NÜRNBERGER –, wenn Sie sich im Schadenfall an gewisse Regeln halten. Denken Sie z. B. daran, was wir Ihnen in diesem **Service-Formular** empfehlen. Es liegt bei Ihnen, uns so zu informieren, dass wir Ihnen möglichst rasch und wirksam helfen können. Wegen evtl. erforderlicher Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Sie betreuende Generalagentur.

Unschätzbar ist der Wert einer Versicherung für den Betroffenen. Helfen Sie mit, zu verhindern, dass es in Ihrem Verwandten- oder Bekanntenkreis Menschen gibt, denen etwas zustößt, bevor sie richtig vorgesorgt haben. Helfen Sie Ihren Freunden und Kollegen, **vor** einem Schadenfall klug zu werden – wie Sie.

Mit freundlichen Grüßen

NÜRNBERGER VERSICHERUNGSGRUPPE

### Diese Unterlagen reichen Sie uns bitte nach einem Unfall ein

- Letzte Beitragsquittung
- Unfallbericht (Sie finden ihn in diesem Service-Formular Vordruck **A**). Bitte füllen Sie diesen Vordruck recht sorgfältig und vollständig aus (Striche gelten nicht als Antwort). Schreiben Sie bitte auch die Anschrift, an die wir die Versicherungsleistung überweisen werden, gut lesbar (Druckschrift).

### Bei Anspruch auf Unfall-Krankenhaus-Tagegeld außerdem

- Bescheinigung der Krankenhausverwaltung (Vordruck **B**). Bei längeren Krankenhausaufenthalten kann die Bescheinigung vorab für die Anforderung eines Vorschusses verwendet werden.

### Bei Anspruch auf Unfall-Tagegeld außerdem

**(Kann nur geltend gemacht werden, wenn dies mitversichert ist; siehe Versicherungsschein)**

### Bei Unfalltod außerdem

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes (Vordruck **C**).
- Versicherungsschein
- Sterbeurkunde
- genaue Anschrift des Einreichers der Unterlagen

### Senden Sie diese Unterlagen innerhalb einer Woche an

NÜRNBERGER VERSICHERUNGSGRUPPE  
Abteilung US  
90334 Nürnberg  
Fax 0911 531-3079

### Diese Unterlagen reichen Sie uns bitte nach einem Sterbefall ein, sofern eine Lebens-/Sterbegeldversicherung besteht

- Versicherungsschein
- letzte Beitragsquittung
- Sterbeurkunde
- genaue Anschrift des Einreichers der Unterlagen

### Senden Sie diese Unterlagen an

NÜRNBERGER VERSICHERUNGSGRUPPE  
Abteilung L-L FA  
90334 Nürnberg  
Fax 0911 531-4142



**B**

**Bescheinigung über stationäre Krankenhausbehandlung**

Unser Zeichen	Unfalltag	Geburtsdatum
---------------	-----------	--------------

Name und Anschrift der versicherten Person

Wie lange dauerte die stationäre Behandlung?	von - bis	von - bis
	Eventuelle Unterbrechung (von - bis)	Eventuelle Unterbrechung (von - bis)

Welche Gesundheitsschäden wurden behandelt bzw. diagnostiziert?

Die behandelten Gesundheitsschäden bzw. die stationäre Behandlung

sind ausschließlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. wurden durch folgende Krankheiten bzw. Gebrechen

allein verursacht     mitverursacht     zu wieviel %? \_\_\_\_\_

Wer hat den Unfallhergang geschildert?

Name

Wie wurde der Unfallhergang geschildert?

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/Krankenhauses



**C**

**Bescheinigung über Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit**

Unser Zeichen	Unfalltag	Geburtsdatum
---------------	-----------	--------------

Name und Anschrift der versicherten Person

Wie lange dauerte die Arbeitsunfähigkeit?	Beginn der Arbeitsunfähigkeit	Ende der Arbeitsunfähigkeit
	Beginn der Behandlung	Ende der Behandlung

Welche Gesundheitsschäden wurden behandelt bzw. diagnostiziert?

Die behandelten Gesundheitsschäden bzw. die Arbeitsunfähigkeit

sind ausschließlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. wurden durch folgende Krankheiten bzw. Gebrechen

allein verursacht     mitverursacht     zu wieviel %? \_\_\_\_\_

Wer hat den Unfallhergang geschildert?

Name

Wie wurde der Unfallhergang geschildert?

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/Krankenhauses



**A**

# Unfallbericht

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

## Verletzte Person

Vorname und Name der verletzten Person  
 \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer  
 \_\_\_\_\_  
 Ausgeübter Beruf  
 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum  
 \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort  
 \_\_\_\_\_  
 Geschlecht  
 männlich       weiblich

Aktenzeichen  
 \_\_\_\_\_  
 Versicherungsschein-Nummer  
 \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit  
 \_\_\_\_\_  
 Telefon tagsüber  
 \_\_\_\_\_  
 Fax  
 \_\_\_\_\_

## Zahlungsempfänger

Vorname und Name des Kontoinhabers  
 \_\_\_\_\_  
 Institut  
 \_\_\_\_\_

BLZ  
 \_\_\_\_\_

Kontonummer  
 \_\_\_\_\_

## Unfall

Wann ereignete sich der Unfall?

Unfalltag  
 \_\_\_\_\_

Uhrzeit (24-Stunden-Schreibweise)  
 \_\_\_\_\_

Wo ereignete sich der Unfall?

\_\_\_\_\_

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.)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gab es bei dem Unfall Zeugen?  
 Bitte geben Sie Namen und Adressen an.

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?  
 Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

nein       ja      Welcher Promillewert? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Welche Staatsanwaltschaft befasst sich mit dem Unfall?  
 Bei Motorfahrzeug-Unfall:

Name und Führerscheinklassen des Fahrers  
 \_\_\_\_\_

Tagebuchnummer  
 \_\_\_\_\_  
 Aktenzeichen  
 \_\_\_\_\_  
 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)  
 \_\_\_\_\_

Falls die Behandlung verspätet begann, was waren die Gründe?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Von welchen Ärzten und in welchen Krankenhäusern wurde die verletzte Person seit Eintritt des Unfalles behandelt

(Name, Fachrichtung, Anschrift)?  
Bei Platzmangel bitte gesondertes Blatt verwenden.

War die Behandlung stationär?

nein  ja

Behandlung vom - bis

War die Behandlung stationär?

nein  ja

Behandlung vom - bis

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

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

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.

Bestand schon vor dem Unfall eine Pflegestufe?

nein  ja Welche?

Bestehen andere private Unfallversicherungen oder Unfall-Zusatzversicherungen?

nein  ja Welche? (Namen, Anschriften, Versicherungsschein-Nrn.)

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

Gesellschaft

Versicherungsschein- bzw. Mitglieds-Nummer

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

nein  ja Welchem? (Name und Anschrift)

Aktenzeichen

**Ich erkläre, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich weiß, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs führen, auch wenn dem Versicherer durch die Angaben kein Nachteil entsteht.**

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 Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und andere Versicherer zur Beurteilung der Ansprüche weitergibt. Auch willige ich ein, dass die Versicherer der NÜRNBERGER VERSICHERUNGSGRUPPE, 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 weiß, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, 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 Heilberufes 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 Falle 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 Gesundheitszustands nicht unterschreiben kann), ihres gesetzlichen Vertreters oder ihres Hinterbliebenen und des Versicherungsnehmers