



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)

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes (Vordruck **C**).

Bei Unfalltod außerdem

- Versicherungsschein
- Sterbeurkunde
- genaue Anschrift des Einreichenden der Unterlagen

Senden Sie diese Unterlagen innerhalb einer Woche an

NÜRNBERGER SofortService AG
90337 Nürnberg
Fax **0180 3 023028*** (*T-Home, 9 ct/Min. aus dem deutschen Festnetz, höchstens 42 ct/Min. aus den Mobilfunknetzen.)

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

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

Senden Sie diese Unterlagen an

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

**B****Bescheinigung über stationäre Krankenhausbehandlung**

Schaden-Nummer	Unfalltag	Geburtsdatum
----------------	-----------	--------------

Name und Anschrift der versicherten Person

Wie lange dauerte die stationäre Behandlung?

Zeitraum

Zeitraum

Eventuelle Unterbrechung (Zeitraum)

Eventuelle Unterbrechung (Zeitraum)

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 % _____
 Krankheiten bzw. Gebrechen

Wer hat den Unfallhergang geschildert?

Name und Anschrift

Wie wurde der Unfallhergang geschildert?

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/Krankenhauses

AU710_072008

**C****Bescheinigung über Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit**

Schaden-Nummer	Unfalltag	Geburtsdatum
----------------	-----------	--------------

Name und Anschrift der versicherten Person

Wie lange dauerte die Arbeitsunfähigkeit?

Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Ende der Arbeitsunfähigkeit

Wie lange dauerte die Behandlung?

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 % _____
 Krankheiten bzw. Gebrechen

Wer hat den Unfallhergang geschildert?

Name und Anschrift

Wie wurde der Unfallhergang geschildert?

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/Krankenhauses

AU700_072008



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

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

nein ja

Welche und seit wann?

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

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

Name, Fachrichtung, Anschrift

Zeitraum

Art der Krankheit

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 Aufklärungsobligenheiten 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. Aufklärungsobligenheit) oder zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich sind (sog. Auskunftsobligenheit).

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 Versicherungsgruppe 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)