



Service für den Versicherungsfall

Diese Unterlagen wünschen wir von Ihnen nach einem Unfall:

(Bitte prüfen Sie anhand Ihrer Polizze, welche Leistungen versichert sind!)

1. Unfallbericht

2. Bei Anspruch auf Spital- und Genesungsgeld bzw. Unfallgeld: (*)

Bescheinigung über den stationären Krankenhausaufenthalt (bitte achten Sie auf den Vermerk der erlittenen Verletzungen).

3. Bei Anspruch auf Unfall-Taggeld bzw. Unfallgeld außerdem: (*)

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes oder des Krankenhauses, Krankenstandsbescheinigung des gesetzl. Versicherungsträgers (z.B. GKK) (bitte achten Sie auf den Vermerk der erlittenen Verletzungen).

4. Für den Ersatz von Unfallkosten außerdem: (*)

Bei Heilkosten: ärztliche Verordnung

Bei kosmetischen Operationen: ärztliche Bestätigung, Originalrechnung

Bei Bergungskosten: Originalrechnung,

Bei Rückholkosten: ärztliche Bestätigung, Originalrechnung,

Zahlungsbestätigung

Zahlungsbestätigung

4. Bei Anspruch auf Invaliditätsleistungen:

Unfallbericht sowie sämtliche vorhandenen medizinischen Informationen und Unterlagen in Kopie (zB Krankengeschichten, behandelnde Ärzte, ärztliche Abschlußberichte, Atteste, ...etc.).

Unfallbericht

Bitte folgende Fragen vollständig beantworten. Striche gelten nicht als Antwort

<table border="1"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">—</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">des Unfalles</td> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Geburtsdatum des Verletzten</td> </tr> </table>				—				Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr	des Unfalles				Geburtsdatum des Verletzten		
			—																		
Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr															
des Unfalles				Geburtsdatum des Verletzten																	

Name und Vorname des Verletzten (Bitte in Druckschrift):
--

Straße, Haus-Nr.:

Bei der NÜRNBERGER bestehende Unfallversicherungen - Polizzenummer angeben
--

Postleitzahl:	Wohnort des Verletzten (Bitte in Druckschrift):
---------------	---

Telefon (tagsüber):

Wie war der **genaue Hergang** des Unfalles? Bitte auch **Ursache** des Unfalles angeben! Evtl. Skizze

Wo passierte der Unfall?		
Wie heißen und wo wohnen die Zeugen des Unfalles?		
Welche alkoholischen Getränke nahm der Verletzte vor dem Unfall zu sich? (Art, Menge, Zeit)		Wurde eine Blutprobe vom Verletzten genommen? Ergebnis: _____ ‰
Handelt es sich um einen Kraftfahrzeugunfall?	Art des Kraftfahrzeuges	Name des Lenkers des Kraftfahrzeuges, in dem sich der Verletzte befand:
Führerschein (Klasse, Ausstell.-Tag):	Amtl. Kennzeichen des Kfz:	Welche Polizeidienststelle hat diesen Unfall aufgenommen, welche Staatsanwaltschaft befaßt sich mit dem Unfall?

Um wieviel Uhr passierte der Unfall? Uhr $\frac{\text{vor}}{\text{nach}}$ Mittag	Wann begann die ärztliche Behandlung? Am _____ um _____ Uhr $\frac{\text{vor}}{\text{nach}}$ Mittag	Wann begann die stationäre Krankenhausbehandlung? Am _____ um _____ Uhr $\frac{\text{vor}}{\text{nach}}$ Mittag
Von welchen Ärzten oder in welchen Krankenhäusern wurde der Verletzte behandelt?		vom _____ bis _____
a)		
b)		
c)		
Welche Verletzungen erlitt der Versicherte bei dem Unfall? (Art der Verletzungen und betroffene Körperstellen bitte genau bezeichnen!)		
Besteht oder bestand bei dem Verletzten ein Nervenleiden (z.B. Epilepsie)?		
Hatte der Verletzte im Bereich der jetzigen Unfallverletzung früher einmal eine Erkrankung oder Verletzung? Wann? Welche? Andere, frühere Verletzungen?		
Ausgeübter Beruf bei Eintritt des Unfalles:		
Von welchen Ärzten wurde der Verletzte in den letzten drei Jahren vor dem Unfall behandelt? Bitte genaue Anschrift angeben! (ggf. auf Beiblatt fortsetzen)		
von: _____		wegen: _____
Ist der Versicherte auch bei einer anderen Gesellschaft unfallversichert? Bei welcher?		Polizze-Nr.: _____
Zahlung kann erfolgen an		
Bankinstitut: _____	Bankleitzahl: _____	
Kontoinhaber: _____	Konto-Nr.: _____	

Ich erkläre hiermit, daß die Angaben von mir wahrheitsgemäß und vollständig gemacht wurden.

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der NÜRNBERGER gegenüber von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, gesetzl. Versicherungsträger, Krankenkassen und Behörden, der NÜRNBERGER die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ich willige ferner ein, daß der Versicherte Daten, die sich in Verbindung mit der beantragten Versicherungsleistung ergeben, an Rückversicherer, Versicherungsverband und andere Versicherer zur Beurteilung der Ansprüche übermittelt. Ich bin damit einverstanden, daß die NÜRNBERGER allgemeine Vertrags-, Abrechnungs-, und Leistungsdaten, soweit diese mit meinem Versicherungsfall zusammenhängen, in Datensammlungen führt und an den zuständigen Betreuer weitergibt. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden, an den Betreuer dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

_____, den _____ 20 _____
(Ort) _____ Unterschrift (Vor- u. Zuname) d. Verletzten, Versicherungsnehmers, gesetzl. Vertreters