



Service für den Schadenfall

Sehr geehrte Vertragspartnerin,
sehr geehrter Vertragspartner,

Sie haben uns mit dem Abschluss dieser Versicherung Ihr Vertrauen geschenkt. Damit haben Sie eine gute und richtige Entscheidung getroffen. Vor allem die Qualität der Schadenregulierung ist für Sie als Kunde wichtig. Wir wollen Ihnen helfen, wann immer Sie uns brauchen.

Die Gefahrengemeinschaft der NÜRNBERGER umfasst über 4 Millionen Versicherte. Deshalb ist es für beide Partner – Sie und die NÜRNBERGER – von Vorteil, wenn Sie sich im Ernstfall an gewisse Regeln halten. Denn nur so kann Ihr Schaden schnell und unbürokratisch bearbeitet werden.

In diesem Schreiben erfahren Sie, welche Unterlagen wir von Ihnen bei welchem Ereignis benötigen. 3 besonders wesentliche sind gleich beigelegt: der Unfallbericht sowie die Krankenhaus- und die Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung. Bitte nutzen Sie diese Formulare, damit wir Sie rasch und wirksam unterstützen können. Sollten sich Fragen dazu ergeben, wenden Sie sich bitte an Ihre NÜRNBERGER Generalagentur.

Beachten Sie auch die wichtigen Informationen auf der letzten Seite. Bitte lesen Sie diese Erklärung sorgfältig durch und senden sie unterschrieben an Ihre Generalagentur zurück. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

NÜRNBERGER Versicherungsgruppe

Diese Unterlagen schicken Sie uns bitte nach einem Unfall

- Letzte Beitragsquittung
- Unfallbericht (Vordruck A). Bitte füllen Sie ihn sorgfältig und vollständig aus – Striche gelten nicht als Antwort. Schreiben Sie die Kontoverbindung, an die wir die Versicherungsleistung überweisen sollen, gut lesbar in Druckschrift.

Bei Anspruch auf Unfall-Krankhaustagegeld außerdem

- Bescheinigung der Krankenhausverwaltung (Vordruck B)
Bei längeren Krankenhausaufenthalten können Sie damit auch einen Vorschuss anfordern.

Bei Anspruch auf Unfalltagegeld außerdem (nur wenn mitversichert – siehe Versicherungsschein)

- Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung des Arztes (Vordruck C)

Bei Unfalltod außerdem

- Versicherungsschein
- Sterbeurkunde
- Genaue Anschrift des Einreichenden

Senden Sie diese Unterlagen innerhalb einer Woche an

NÜRNBERGER SofortService AG
90337 Nürnberg
Fax 0180 3 023028*

Diese Unterlagen benötigen wir nach einem Sterbefall, wenn eine Lebens- oder Sterbegeldversicherung besteht

- Versicherungsschein
- Letzte Beitragsquittung
- Sterbeurkunde
- Genaue Anschrift des Einreichenden

Senden Sie diese Unterlagen an

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

*T-Home, 9 ct/Min. aus dem deutschen Festnetz, höchstens 42 ct/Min. aus den Mobilfunknetzen

**Bescheinigung über stationäre Krankenhausbehandlung**

Schadennummer (wenn bekannt)	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	<input type="checkbox"/> sind ausschließlich auf das Unfallereignis zurückzuführen wurden durch folgende Krankheiten bzw. Gebrechen	
	<input type="checkbox"/> allein verursacht. <input type="checkbox"/> mitverursacht.	Zu wie viel %
Krankheiten bzw. Gebrechen		
Wer hat den Unfallhergang geschildert? Wie wurde der Unfallhergang geschildert?	Name und Anschrift	
Ort, Datum		
Unterschrift und Stempel des Arztes/Krankenhauses		

**Bescheinigung über Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit**

Schadennummer (wenn bekannt)	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	<input type="checkbox"/> sind ausschließlich auf das Unfallereignis zurückzuführen wurden durch folgende Krankheiten bzw. Gebrechen	
	<input type="checkbox"/> allein verursacht. <input type="checkbox"/> mitverursacht.	Zu wie viel %
Krankheiten bzw. Gebrechen		
Wer hat den Unfallhergang geschildert? Wie wurde der Unfallhergang geschildert?	Name und Anschrift	
Ort, Datum		
Unterschrift und Stempel des Arztes/Krankenhauses		



Unfallbericht

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Verletzte Person

Vorname, Name der verletzten Person

Straße, Hausnummer

ausgeübter Beruf

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Geschlecht
 männlich weiblich

Schadennummer

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)



Schadensnummer

Versicherungsschein-Nummer

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

Name, Fachrichtung, Anschrift

War die Behandlung stationär?

 nein ja

Zeitraum

 nein ja

Welche und seit wann?

 nein ja

Zeitpunkt der Unfälle, Verletzungsarten, 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?

 nein ja

Zeitpunkt der Erkrankung/Verletzung, Dauerfolgen

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

Name, Fachrichtung, Anschrift

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

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



Schadensnummer

Versicherungsschein-Nummer

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall
Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

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

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

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. Ferner willige ich ein, dass der Versicherer und die NÜRNBERGER SofortService AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermitteln, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer und die NÜRNBERGER SofortService AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die Mitarbeiter der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe und der NÜRNBERGER SofortService AG und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht. Das gilt auch für die Prüfung von Leistungsansprüchen im Fall meines Todes.

Diese Entbindung der Schweigepflicht 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.

Ich erkläre, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

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

Ort, Datum

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