



- 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
Versicherungsschein-Nummer
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

<input type="checkbox"/> Wegeunfall	<input type="checkbox"/> Arbeits-/Schul-/Kindergartenunfall
<input type="checkbox"/> Unfall im Straßenverkehr	<input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welcher Art, Menge und zu welcher Zeit?

Wurde eine Blutprobe genommen?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 Unfalles behandelt (Name, Fachrichtung, Anschrift)?

War die Behandlung stationär? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Behandlung von - bis

--

(Bei Platzmangel bitte gesondertes Blatt verwenden.)

War die Behandlung stationär? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Behandlung von - 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?

(Bitte Kopie des Bescheids beifügen.)

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)?

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 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 Allgemeinen Versicherungs-AG 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 Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in der 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 Gesundheitszustandes nicht unterschreiben kann), ihres gesetzlichen Vertreters oder ihres Hinterbliebenen und des Versicherungsnehmers