

SCHADENMELDUNG-KRAFTFAHRZEUGE DRK Heilbronn

SCHADENART

Haftpflicht Vollkasko Teilkasko

DRK-FAHRZEUG

Kennzeichen:

SCHADENTAG

Schadentag (Datum):	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	Uhrzeit:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
---------------------	--	----------	--

SCHADENORT

Straße:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	PLZ / Ort:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
---------	--	------------	--

Lagebeschreibung:

<input type="checkbox"/> Innerhalb geschlossener Ortschaft	<input type="checkbox"/> Außerhalb geschlossener Ortschaft	<input type="checkbox"/> Autobahn
<input type="checkbox"/> Parkplatz	<input type="checkbox"/> Fremdes Firmengelände	<input type="checkbox"/> DRK-Gelände

Erläuterung (Parkplatz, DST):

FAHRER DES DRK-FAHRZEUGS

Name:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	Vorname:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Straße:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	PLZ / Ort:	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Fahrerlaubnis seit (z.B. 1995):	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	Lebensalter des Fahrers (z.B. 27):	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

Beschäftigungsform:

<input type="checkbox"/> Zivildienstleistender (ZDL)	<input type="checkbox"/> Freiwilliges-Soziales-Jahr	<input type="checkbox"/> Angestellte Vollzeit
<input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Angestellte Teilzeit/geringf. Besch.	

Alkoholest bei Fahrer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Teilnahme an DRK-Fahrschulung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Genehmigte Fahrt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

EINSATZART

Einsatzzweck:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sondersignalfahrt | <input type="checkbox"/> Behindertenfahrdienst | <input type="checkbox"/> Krankentransport |
| <input type="checkbox"/> Rettungsdienst | <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern | <input type="checkbox"/> Pflegedienstfahrt |
| <input type="checkbox"/> Botenfahrt | <input type="checkbox"/> Blut- Organtransport | <input type="checkbox"/> Katastrophenschutz |
| <input type="checkbox"/> Ausbildungsfahrt | <input type="checkbox"/> Sanitätsdienst | <input type="checkbox"/> Hausnotruf |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsführung | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Dienstfahrt: | | |

Sondersignalfahrt mit...

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blaulicht | <input type="checkbox"/> Martinshorn |
|------------------------------------|--------------------------------------|

Waren zum Zeitpunkt des Unfalls Patienten oder andere Fahrgäste (Nicht-DRK) an Bord? Ja Nein

SCHADENHERGANG

Schadenhergang (Kategorie):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Auffahrschaden | <input type="checkbox"/> Rotlicht überfahren | <input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt |
| <input type="checkbox"/> Abkommen von der Fahrbahn | <input type="checkbox"/> Parkschaden | <input type="checkbox"/> Rangierschaden |
| <input type="checkbox"/> Fahrspurwechsel | <input type="checkbox"/> Fehlender Seitenabstand | <input type="checkbox"/> Begegnungsverkehr |
| <input type="checkbox"/> TK-Totaldiebstahl | <input type="checkbox"/> TK-Einbruch / Teildiebstahl | <input type="checkbox"/> TK-Sturmschaden |
| <input type="checkbox"/> TK-Wildschaden | <input type="checkbox"/> TK-Glasschaden | <input type="checkbox"/> TK-Hagelschaden |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Schadenhergang: | | |

Witterungsverhältnisse:

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sonne | <input type="checkbox"/> Regen | <input type="checkbox"/> Hagel |
| <input type="checkbox"/> Wolken | <input type="checkbox"/> Schneefall | <input type="checkbox"/> Dämmerung |
| <input type="checkbox"/> Nebel | <input type="checkbox"/> Sturm | <input type="checkbox"/> Dunkelheit |

Straßenverhältnisse :

- | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trocken | <input type="checkbox"/> Nass | <input type="checkbox"/> Vereist |
| <input type="checkbox"/> Rollsplitt | <input type="checkbox"/> Schmierig (z.B. durch Blütenstaub, Laub) | |

Wurde der Schaden durch den DRK-Fahrer schuldhaft verursacht

(Bitte beantworten Sie diese Frage nur dann mit "Ja", wenn der Schaden eindeutig durch ein alleiniges Fehlverhalten des DRK-Mitarbeiters verursacht wurde!)

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

Schadenhergang (detaillierte Schilderung):

Polizeiliche Meldung:

Tagebuchnummer:		Dienststelle:	
-----------------	--	---------------	--

Unfallgegner wurde verwarnt? Ja Nein
 DRK-Fahrer wurde verwarnt? Ja Nein

Unfallzeugen:

Zeuge 1:

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:			

Zeuge 2:

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:			

Weitere Zeugen:

--

SCHÄDEN AM DRK-FAHRZEUG

Sind Schäden am DRK-Fahrzeug entstanden? Ja Nein

Schadenhöhe (cirka):	
----------------------	--

Ist das DRK-Fahrzeug fahrbereit? Ja Nein

Wo kann das DRK-Fahrzeug besichtigt werden?

Dienststelle Ja Nein

Anderer Ort:	
--------------	--

UNFALLBETEILIGTE

Beteiligter 1:

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:			

Beteiligter 2:

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:			

Beteiligter 3:

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:			

Weitere Angaben:

SCHÄDEN BEIM UNFALLGEGNER / DRITTEN

Kamen eine / mehrere Personen zu Schaden? Ja Nein

Name(n) der geschädigten Person(en):	
Art der Verletzung(en):	

Gibt es Schäden am Fahrzeug des Unfallgegners? Ja Nein

Amtliches Kennzeichen:	
Baujahr:	
Schadenhöhe:	
Fahrzeug Typ (Hersteller, Modell):	
Versichert bei:	
Versicherungsschein-Nr.:	

Wurde fremdes Eigentum beschädigt? Ja Nein

Was?	
------	--