



# Allgemeine Schadenanzeige DRK

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an

Versicherungsnehmer (VN)



FUNK-NR.	FUNK-Schaden-Nr.	Versicherungsschein-Nr.
Ansprechpartner VN/Telefon bei Fragen	Schaden-Nr. VN	Kostenstelle VN

## ■ Allgemeine Angaben

Schadentag/Uhrzeit	Schaden-/Unfallort

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Betriebs-Haftpflicht-Versicherung  | <input type="checkbox"/> Umwelt-Haftpflicht-Versicherung            | <input type="checkbox"/> Produkt-Haftpflicht-Versicherung            |
| <input type="checkbox"/> Vermögensschaden-Haftpflicht-Vers. | <input type="checkbox"/> Gebäude-Versicherung (F, LW, St, All Risk) | <input type="checkbox"/> Inventar-Versicherung (F, LW, St, All Risk) |
| <input type="checkbox"/> Betriebsschließungs-Versicherung   | <input type="checkbox"/> Verwahrungs-Versicherung                   | <input type="checkbox"/> Unfall-Versicherung                         |
| <input type="checkbox"/> F-/LW-/BU-Versicherung             | <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl-Versicherung             | <input type="checkbox"/> Bauleistungs-Versicherung                   |
| <input type="checkbox"/> Maschinen-/Elektronik-Versicherung | <input type="checkbox"/> Rechtsschutz-Versicherung                  | <input type="checkbox"/> Schlüsselverlust-Versicherung               |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                         |   |  |

Schadenhergang (ggf. separates Blatt beilegen)



## Allgemeine Schadenanzeige DRK

### ■ Haftpflichtschäden (Personen-, Sach- und/oder Vermögensschäden)

Name und Anschrift des Geschädigten

Patient       Mitarbeiter       Besucher       Krankenhaus       anderer Geschädigter

Name und Anschrift des Verursachers

Patient       Mitarbeiter       Besucher       Krankenhaus       sonstige Person  
(Beziehung z. Krankenhaus)

Es wurden bereits Ansprüche geltend gemacht:       mündlich       schriftlich  
(Unterlagen beifügen)

### ■ Unfallschäden (Bitte füllen Sie bei Unfallschäden den beigelegten gesonderten „Unfall-Fragebogen“ aus.)

Derzeitige Versicherungssumme:  €

Name und Anschrift der verletzten Person

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Bei welcher Tätigkeit ist der Schaden passiert?

### ■ Gebäude-, Inventar- und sonstige Schäden

Schaden wurde beseitigt am   Schaden wurde noch nicht beseitigt  
(Vermeidung von Betriebsstörungen, Schadenminderung)

Rechnung(en) über  € anbei       Rechnung folgt

Name und Anschrift des Verursachers

nicht bekannt       Patient       Mitarbeiter       Besucher       sonstige Person       höhere Gewalt

### ■ Elektronik-/Maschinenschäden

Geräteart

Typ

Hersteller

Baujahr



## Allgemeine Schadenanzeige DRK

### ■ Bauleistungsschäden

War die vom Schaden betroffene Bauleistung bereits abgenommen?

ja

nein

### ■ Allgemeine Angaben

Von dem Schaden wurden außerdem unterrichtet:

Polizei

Staatsanwaltschaft

Dienststelle

Aktenzeichen

Sonstige Unterlagen (anbei)

### ■ Bankverbindung

Kontoinhaber (falls nicht Versicherungsnehmer)

Kreditinstitut

BIC/SWIFT

IBAN (bitte in 4er-Blöcken eintragen)

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

ja

nein

### ■ Wichtige Hinweise

Bitte stimmen Sie Maßnahmen zur Schadenminderung/-beseitigung und bezüglich einer evtl. erforderlichen Besichtigung des Schadens durch den Versicherer im Vorwege mit der Funk Gruppe ab. Unbrauchbar beschädigte Sachen sind aufzubewahren, bis die Versicherungsgesellschaft deren Beseitigung zugestimmt hat.

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen getätigt. Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn dem Versicherer daraus kein Nachteil erwächst.

### ■ Datenschutz-Hinweis

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten bei deren Verarbeitung durch die Funk Gruppe GmbH nach Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf <https://www.funk-gruppe.de/de/datenschutz/#c37539>. Auf Wunsch übersenden wir diese Informationen auch in Papierform.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer



## Anlage zur DRK-Schadenanzeige bei Unfallschäden

(Bitte unbedingt ausfüllen!)

### ■ Angaben zur verletzten Person

Funktion beim DRK

Geburtsdatum

verheiratet

 ja  nein

ehrenamtlich beschäftigt

hauptamtlich beschäftigt

Beruf

Name und Anschrift des Arbeitgebers

### ■ Unfallhergang

1. Unfallort

Datum/Uhrzeit

2. Schilderung des Unfalles (bitte genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Herganges und der Ursache, ggf. separates Blatt beifügen)

3. Name und Anschrift der/des Zeugen (ggf. separates Blatt beifügen)

Wo befand sich der Zeuge jeweils?

1.

2.

3.



## Anlage zur DRK-Schadenanzeige bei Unfallschäden

(Bitte unbedingt ausfüllen!)

4. Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Angabe der Polizeidienststelle	Tagebuchnummer	
<input type="text"/>		
War die versicherte Person Lenker eines Fahrzeuges?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Fahrzeugart nennen	Amtliches Kennzeichen	
<input type="text"/>		
War die versicherte Person im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Führerscheinklasse:	<input type="text"/>	
War die versicherte Person fahrberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Hat die versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art und Menge des Alkohols	ggf. bis wann?	
<input type="text"/>		
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Promille:	<input type="text"/>	
6. Welche Folgen hat der Unfall (Art und Umfang der Verletzung)?	<input type="text"/>	
7. Beginn der ärztlichen Behandlung?	<input type="text"/>	
Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes	Name und Anschrift des zuletzt behandelnden Arztes	
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung?	<input type="text"/>	
In welchem Grad besteht Arbeitsunfähigkeit?	von	bis %
Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Vollstationäre Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dauer des Krankenhausaufenthaltes?	von	bis
<input type="text"/>		
Vollständige Anschrift des Krankenhauses		
<input type="text"/>		



## Anlage zur DRK-Schadenanzeige bei Unfallschäden

(Bitte unbedingt ausfüllen!)

9. Bei tödlichem Ausgang

Wann und wo ist der Tod eingetreten?

Welcher Arzt hat den Tod festgestellt?

Todesursache?

10. Leidet oder litt die versicherte Person an einer Krankheit, an Gebrechen oder Unfallfolgen? (evtl. separates Blatt)  ja  nein

Art der Krankheit

Art des Gebrechens

Behandlungsdauer

Art der Krankheit	Art des Gebrechens	Behandlungsdauer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Ärzte behandelten die oben erwähnte(n) Erkrankung(en)/Gebrechen?

1.

2.

3.

11. Bezieht der Versicherte eine Rente?  ja  nein

Wenn ja, von welcher Stelle (Name und Anschrift)?

Seit wann?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

12. Hatte die versicherte Person schon früher Unfälle?  ja  nein

Wenn ja, wann?

Art der Verletzung (ggf. separates Blatt beifügen)?

Hat sie Invaliditätsleistungen erhalten?  ja  nein

Wenn ja, wann?

Aktenzeichen

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name und Anschrift



## Anlage zur DRK-Schadenanzeige bei Unfallschäden

(Bitte unbedingt ausfüllen!)

13. Bestehen für die versicherte Person weitere Unfall-, Insassen-Unfall-, Lebensversicherungen mit Unfall-Zusatz- oder Gruppen-Unfall-Versicherungen z. B. über den Arbeitgeber?  ja  nein

Name und Anschrift der Gesellschaft	Aktenzeichen	Versicherungssumme
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €

14. Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?

Name und Anschrift	Aktenzeichen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. Welcher Krankenversicherung gehört der Versicherte an?

Name und Anschrift
<input type="text"/>

### ■ Bankverbindung

Kontoinhaber (falls nicht Versicherungsnehmer)

Kreditinstitut

BIC/SWIFT

IBAN (bitte in 4er-Blöcken eintragen)

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

ja

nein

### ■ Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Mit ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, 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 hiermit die Angehörigen von Heilberufen der Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern –, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n)  ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

### ■ Datenschutz-Hinweis

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten bei deren Verarbeitung durch die Funk Gruppe GmbH nach Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf <https://www.funk-gruppe.de/de/datenschutz/#c37539>. Auf Wunsch übersenden wir diese Informationen auch in Papierform.

Ort, Datum

Unterschrift Verletzter (oder seiner Angehörigen)

Unterschrift Versicherungsnehmer