Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer

R870

Ermittlungsfragebogen als Anlage zum Leistungsantrag

Sofort dem Bereich Regress vorlegen

1 Schadensereignis

Datum	Uhrzeit	Ort

Ist der Unfall Ihrer Ansicht nach zurückzuführen

☐ auf fremdes Verschulden / Mitverschulden?

Name(n), Anschrift des / der Unfall- / Schadensverursacher(s)

☐ auf eigene Unachtsamkeit der / des Verletzten?

☐ Es ist kein Dritter verantwortlich zu machen.

☐ Die Schuldfrage kann ich nicht beurteilen.

Bei Verkehrsunfällen angeben:

In welchem Fahrzeug befanden Sie sich? Polizeiliches Kennzeichen _____

Name, Anschrift des Fahrers

Name, Anschrift des Halters

Angaben zum gegnerischen Fahrzeug Polizeiliches Kennzeichen _____

Name, Anschrift des Fahrers

Name, Anschrift des Halters

2 Unfall- / Schadensbericht (um ausführliche Darstellung wird gebeten)

_____

_____

_____

_____

Welche Verletzungen haben Sie erlitten?

_____

_____

_____

Liegen noch Beschwerden vor? ☐ nein

☐ ja, welche _____

_____

Versicherungsnummer

Ziff. 3 bis 15 nur zum Unfallhergang, der den Leistungsantrag verursacht hat

3 Sind polizeiliche oder staatsanwaltliche Ermittlungen eingeleitet worden?	☐ nein ☐ ja, durch	Dienststelle Aktenzeichen
3.1 Ist ein Strafverfahren anhängig?	☐ nein ☐ ja, beim	Gericht Aktenzeichen
3.2 Können Zeugen benannt werden?	☐ nein ☐ ja	
3.3 Name und Anschrift?		
4 Wurden schon Schadensersatzansprüche geltend gemacht bzw. wird dies noch angestrebt?	☐ nein ☐ ja, gegen	Name(n), Anschrift
5 Ist Ihnen die gegnerische Haftpflichtversicherung bekannt?	☐ nein ☐ ja	Name, Anschrift Aktenzeichen
6 Schweben Verhandlungen mit der gegnerischen Haftpflichtversicherung?	☐ nein ☐ ja	
6.1 Sind bereits Zahlungen geleistet worden?	☐ nein ☐ ja, am	Datum
6.2 Sind die von Ihnen geltend gemachten Forderungen damit abschließend reguliert worden?	☐ nein ☐ ja	
7 Schwebt ein Schadensersatzprozess?	☐ nein ☐ ja, gegen	Name(n), Anschrift Gericht, Aktenzeichen
7.1 Ist schon ein Prozessergebnis bekannt?	☐ nein ☐ ja, ggf. welches?	
8 Welchen Rechtsanwalt / Rechtsbeistand haben Sie?		Name, Anschrift Aktenzeichen
9 War zurzeit des Unfalls die / der Versicherte		
9.1 geschäftlich unterwegs?	☐ nein ☐ ja	
9.2 auf dem Weg von der Wohnung zur Arbeitsstätte oder umgekehrt?	☐ nein ☐ ja	
10 Ist der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet worden?		Name, Anschrift Aktenzeichen

Versicherungsnummer

Die nachfolgenden Fragen sind nur zu beantworten, wenn eine Haftung Dritter in Frage kommt.

Angaben zur Schadenshöhe *) Beträge in ☐ DM ☐ EUR

11 Welches Einkommen hatten Sie **zurzeit des Unfalls / Schadensfalles?**

11.1 als Arbeitnehmerin / als Arbeitnehmer — mtl. netto _____ *) Beruf _____ Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

11.2 aus selbständiger Arbeit — mtl. netto _____ *) Berufszweig _____

11.3 Wurde die Lohnfortzahlung gekürzt? ☐ nein ☐ ja In welchem Umfang? _____

11.4 Wurde das Beschäftigungsverhältnis unfallbedingt beendet? ☐ nein ☐ ja _____

12 **Ab wann nach dem Unfall / Schadensfall** und in welcher Höhe haben Sie wieder Einkommen? ab _____ mtl. netto _____ *) Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

12.1 als Arbeitnehmerin / als Arbeitnehmer

12.2 aus selbständiger Arbeit — ab _____ mtl. netto _____ *)

12.3 Welche Personen musste die / der Geschädigte unfall- / schadensbedingt zusätzlich einstellen bzw. beschäftigen, in welchem Zeitraum und welche Vergütungen erhielten / erhalten die Genannten monatlich?

vom - bis	Name(n)	mtl. netto
_____	_____	_____ *)
_____	_____	_____ *)

12.4 In welcher Zeit haben Sie unfallbedingt Kranken- / Verletztengeld erhalten? Zeitraum _____

13 **Sofern Sie bei Ziff. 12 ein geringeres Einkommen als bei Ziff. 11 angegeben haben:** Ist der Minderverdienst unfallbedingt? ☐ nein ☐ ja

14 **Soweit der Unfall bzw. die Schadensfolgen zur Beendigung der Beschäftigung geführt haben:** Bis zu welchem Lebensalter wären Sie ohne den Unfall / Schadensfall voraussichtlich berufstätig gewesen? ☐ 65. Lebensjahr ☐ 63. Lebensjahr ☐ 60. Lebensjahr ☐ bis zum _____

15 Beabsichtigen Sie, in nächster Zeit weitere Leistungen (z. B. med. / berufliche Reha-Leistungen, Rente) unfallbedingt zu beantragen? ☐ nein ☐ ja

15.1 Bei welchen Ärzten waren / sind Sie wegen der Unfall- / Schadensfolgen in Behandlung? Name(n), Anschrift des Arztes / der Ärzte _____

15.2 Hatten Sie einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt? ☐ nein ☐ ja Name, Anschrift des Krankenhauses _____

Zeitraum: _____ Fachabteilung: _____

15.3 Wer ist Ihr Hausarzt? Name, Anschrift des Hausarztes, Fachbezeichnung _____

Versicherungsnummer

Die nachfolgenden Fragen sind nur zu beantworten, wenn es sich um einen Hinterbliebenenrentenantrag handelt und eine Haftung Dritter in Frage kommt.

*) Beträge in ☐ DM ☐ EUR

16 Welches Einkommen hatte d. Verstorbene?	**mtl.** brutto	**mtl.** brutto
16.1 als Arbeitnehmerin / als Arbeitnehmer	_____ *)	_____ *)
	mtl. brutto	**mtl.** netto
16.2 aus selbständiger Arbeit	_____ *)	_____ *)
	mtl. brutto	**mtl.** netto
16.3 als Renten- / Pensionsbezieherin / -bezieher	_____ *)	_____ *)
	Leistungsträger (Name, Anschrift)	Aktenzeichen
Leistungsträger **(Bitte Unterlagen beifügen)**		

17 Haben / hatten Sie ein eigenes Einkommen	☐ nein ☐ ja			
	Beruf		Beginn	Ende der Beschäftigung
17.1 als Arbeitnehmerin / als Arbeitnehmer	Name und Anschrift des Arbeitgebers			
	vor dem Unfall		nach dem Unfall	
	mtl. brutto	**mtl.** netto	mtl. brutto	**mtl.** netto
	_____ *)	_____ *)	_____ *)	_____ *)
	Berufszweig			
17.2 aus selbständiger Arbeit	vor dem Unfall		nach dem Unfall	
	mtl. brutto	**mtl.** netto	mtl. brutto	**mtl.** netto
	_____ *)	_____ *)	_____ *)	_____ *)
	Leistungsträger (Name, Anschrift)		Aktenzeichen	
17.3 als Renten- / Pensionsbezieherin / -bezieher	vor dem Unfall		nach dem Unfall	
	mtl. brutto	**mtl.** netto	**mtl.** brutto	**mtl.** netto
Leistungsträger **(Bitte Unterlagen beifügen)**	*)	*)	*)	*)
18 Werden evtl. die Einkünfte zu Ziff. 17 demnächst ganz oder teilweise wegfallen?	☐ nein ☐ ja	ab wann	aus welchem Grund	
19 Falls Sie kein Einkommen aus eigener Arbeit haben / hatten, bitte Angabe der Hinderungsgründe				

20 **Kinder -** Name, Geburtsdatum, Kindschaftsverhältnis (ehelich, Stiefkind usw.)	1. Kind	2. Kind	3. Kind usw.
im Haushalt lebend	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Schulbesuch / Schulzweig: voraussichtlich bis wann?			
Lehre als: voraussichtlich bis wann?			
Arbeitgeber mit Anschrift			
Lehrlingsvergütung monatlich netto zz. des Unfalls	*)	*)	*)
Studium / Studienfach - voraussichtlich bis wann?			
Sonstige Ausbildung - voraussichtlich bis wann?			
Ausbildungsstätte			
Vergütung monatlich netto	*)	*)	*)
Sonstige Einkünfte: Art und Höhe monatlich	*)	*)	*)

Bei nichtehelichen Kindern und Kindern geschiedener Eheleute:

Hatte die / der verstorbene Versicherte regelmäßig Unterhalt gezahlt?	Höhe der monatlichen Zahlungen	
☐ nein ☐ ja		**Unterhaltsurteil oder sonstige Nachweise beifügen.**