

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)Deutsche
Rentenversicherung

**Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 Zehntes
Buch Sozialgesetzbuch - SGB X, §§ 1542, 640
Rechtsversicherungsordnung, § 110 Siebtes Buch
Sozialgesetzbuch**

F0870

Hinweis: Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsformulare auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

1 Angaben zur Person

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Name, Vorname, Geburtsname

Geburtsdatum

Allgemeine Angaben zum Unfall beziehungsweise Schadensereignis

2 Unfalldatum und Ort

Unfalldatum

Uhrzeit

Unfallort (Ort, Straße oder kurze Beschreibung des Unfallortes)

3 Art des Schadensereignisses
☐

Verkehrsunfall

☐

Arbeitsunfall

☐

Wegeunfall zum oder vom Arbeitsplatz

☐

Unfall durch Schneeglätte oder Eisglätte

☐

Sportunfall

☐

Unfall im Haushalt

☐

sonstiges Schadensereignis (zum Beispiel ärztlicher Kunstfehler, Schlägerei / Überfall, Verletzung durch Tiere)

4 Schildern Sie bitte den Unfallhergang (möglichst mit Unfallskizze, gegebenenfalls auf einem gesonderten Blatt).

5 Nur von der / dem Versicherten auszufüllen!

Bitte geben Sie die durch den Unfall erlittenen Verletzungen an.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>

6 Nur von der / dem Versicherten auszufüllen! Liegen noch Beschwerden vor?

Welche?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

7 Ist der Unfall nach Ihrer Ansicht zurückzuführen

<input type="checkbox"/> auf eigenes Verschulden	<input type="checkbox"/> auf fremdes Verschulden
Name, Anschrift des Verursachers beziehungsweise Mitverursachers	
<input type="checkbox"/> Die Schuldfrage kann nicht beurteilt werden.	

8 Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

Polizeidienststelle	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

9 Ist oder war bei der Staatsanwaltschaft oder bei Gericht ein Ermittlungsverfahren / Strafverfahren anhängig?

Staatsanwaltschaft / Gericht	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

10 Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht oder streben Sie dies noch an?

Schädiger (Name, Anschrift)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haftpflichtversicherer (Name, Anschrift)	Aktenzeichen

11 Wurde der Schaden bereits durch den Schädiger beziehungsweise Haftpflichtversicherer reguliert?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> laufendes Verfahren
-------------------------------	-----------------------------	--

12 Ist oder war eine Schadensersatzklage bei Gericht anhängig?

Gericht	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

13 Haben beziehungsweise hatten Sie einen Rechtsanwalt / Rechtsbeistand mit der Wahrnehmung Ihrer rechtlichen Interessen beauftragt?

Name, Anschrift	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

14 Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?

Name, Anschrift der Berufsgenossenschaft	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

15 Bei Schlägerei / Überfall: Haben Sie Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) geltend gemacht?

	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei folgender Stelle:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

Nur auszufüllen bei Verkehrsunfällen

16 Waren Sie beziehungsweise war der Versicherte

<input type="checkbox"/> Fahrerin / Fahrer des Unfallfahrzeuges	<input type="checkbox"/> Insassin / Insasse des Fahrzeuges	<input type="checkbox"/> Motorradfahrerin / Motorradfahrer
<input type="checkbox"/> Motorradbeifahrerin / Motorradbeifahrer	<input type="checkbox"/> Radfahrerin / Radfahrer	<input type="checkbox"/> Fußgängerin / Fußgänger

Angaben zum eigenen Fahrzeug beziehungsweise zu dem Kraftfahrzeug, in dem Sie sich befanden / Ihr Angehöriger sich befand.

Halter (Name, Anschrift)

Fahrer (Name, Anschrift)

polizeiliches Kennzeichen	Haftpflichtversicherung	Aktenzeichen
---------------------------	-------------------------	--------------

Angaben zum gegnerischen Fahrzeug

Halter (Name, Anschrift)

Fahrer (Name, Anschrift)

polizeiliches Kennzeichen	Haftpflichtversicherung	Aktenzeichen
---------------------------	-------------------------	--------------

Für den Fall, dass der Unfall durch Angehörige der Stationierungstreitkräfte verursacht wurde:

Wurde der Unfall bei der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben - Schadensregulierungsstelle - gemeldet?

☐ nein ☐ ja, Datum der Meldung: _____

Anschrift	Aktenzeichen
-----------	--------------

Nur auszufüllen bei Unfällen durch Schnee oder Glatteis

17 Um welche Uhrzeit genau hat sich der Unfall ereignet?

Uhrzeit

18 Geben Sie bitte die konkreten Witterungsverhältnisse während des Schadensereignisses an (zum Beispiel Blitzeis, Eisregen, Schneefall oder Ähnliches).

	Wann fiel der letzte Niederschlag?
--	------------------------------------

19 Der Unfall ereignete sich

Ort, Straße, Hausnummer			
<input type="checkbox"/>	auf dem Gehweg _____		
<input type="checkbox"/>	auf der Straße	<input type="checkbox"/>	außerhalb einer Ortschaft





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>

27 Hatten Sie einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Anschrift des Krankenhauses / der Krankenhäuser sowie den Zeitraum und die Fachabteilung, zum Beispiel Unfallchirurgie, angeben

28 Wer ist Ihr Hausarzt? (Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung des Hausarztes, zum Beispiel Orthopädie, angeben.)

Folgende ärztliche Unterlagen sind beigelegt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhausentlassungsbericht | <input type="checkbox"/> Befundbericht |
| <input type="checkbox"/> Durchgangsarztbericht | <input type="checkbox"/> Gutachten |
| <input type="checkbox"/> Operationsbericht | |

☐ Ich bitte um Rücksendung von mir beigelegter Originalunterlagen.

Sämtliche Fragen habe ich nach bestem Gewissen beantwortet.

Bitte geben Sie für eventuell notwendige Nachfragen Ihre Telefonnummer an: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Ich willige darin ein, dass die Deutsche Rentenversicherung von den unter Ziffer 26, 27 und 28 genannten Ärzten / Krankenhäusern Befundberichte einholt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Information

Die Deutsche Rentenversicherung darf die Befundberichte der Ärzte und die von Ihnen beigelegten ärztlichen Unterlagen erforderlichenfalls dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel der Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlassen, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§ 69 Absatz 1 in Verbindung mit § 76 Absatz 2 Ziffer 1a SGB X).

