Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

R0870

Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII

1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum

Allgemeine Angaben zum Unfall bzw. 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 (z. B. ärztlicher Kunstfehler, Schlägerei / Überfall, Verletzung durch Tiere)

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

5 Nur von der / dem Versicherten auszufüllen!

Bitte geben Sie die durch den Unfall erlittenen Verletzungen an.

R0870-00 PDF
V009 - 01.07.2015

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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

☐ nein ☐ ja, welche

7 Ist der Unfall nach Ihrer Ansicht zurückzuführen

☐ auf eigenes Verschulden ☐ auf fremdes Verschulden

Name, Anschrift des Verursachers bzw. Mitverursachers

☐ Die Schuldfrage kann nicht beurteilt werden.

8 Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

	Polizeidienststelle	Aktenzeichen
☐ nein ☐ ja		

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

	Staatsanwaltschaft / Gericht	Aktenzeichen
☐ nein ☐ ja		

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

	Schädiger (Name, Anschrift)	
☐ nein ☐ ja	Haftpflichtversicherer (Name, Anschrift)	Aktenzeichen

11 Wurde der Schaden bereits durch den Schädiger bzw. Haftpflichtversicherer reguliert?

☐ nein ☐ ja ☐ laufendes Verfahren

12 Ist oder war eine Schadensersatzklage bei Gericht anhängig?

	Gericht	Aktenzeichen
☐ nein ☐ ja		

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

	Name, Anschrift	Aktenzeichen
☐ nein ☐ ja		

14 Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?

	Name, Anschrift der Berufsgenossenschaft	Aktenzeichen
☐ nein ☐ ja		

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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

☐ nein ☐ ja, bei folgender Stelle:	Aktenzeichen

Nur auszufüllen bei Verkehrsunfällen

16 Waren Sie bzw. war der Versicherte

☐ Fahrerin / Fahrer des Unfallfahrzeuges	☐ Insassin / Insasse des Fahrzeuges	☐ Motorradfahrerin / Motorradfahrer
☐ Motorradbeifahrerin / Motorradbeifahrer	☐ Radfahrerin / Radfahrer	☐ Fußgängerin / Fußgänger

Angaben zum eigenen Fahrzeug bzw. zu dem Kfz, in dem Sie / Ihr Angehöriger sich befanden.

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 Stationierungsstreitkräfte 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

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

18 Geben Sie bitte die konkreten Witterungsverhältnisse während des Schadensereignisses an (z. B. Blitzeis, Eisregen, Schneefall o. Ä.).

	Wann fiel der letzte Niederschlag?

19 Der Unfall ereignete sich

Ort, Straße, Hausnummer

☐ auf dem Gehweg

☐ auf der Straße ☐ außerhalb einer Ortschaft ☐

20 War die Unfallstelle geräumt oder gestreut?

☐ nein ☐ ja

21 Ist der Unfall dem Grundstückseigentümer gemeldet worden?

Name, Anschrift

☐ nein ☐ ja

Angaben zu den Einkommensverhältnissen des Versicherten bzw. Geschädigten zum Zeitpunkt des Unfalls

22 Hatten Sie bzw. der Versicherte Einkünfte aus einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis oder aus einer selbständigen Tätigkeit?

Art des Betriebes bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers

☐ nein ☐ ja

ausgeübte Tätigkeit

23 Als Arbeitssuchende / Arbeitssuchender: Hatten Sie bzw. der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls eine neue Beschäftigung in Aussicht?

Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers

☐ nein ☐ ja

24 Hat sich Ihr Einkommen durch den Unfall nach Wiederaufnahme der Beschäftigung gemindert?

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

25 Wurde das Beschäftigungsverhältnis wegen des Unfalls beendet?

☐ nein ☐ ja

Angaben zu den behandelnden Ärzten

26 Bei welchen Ärzten waren / sind Sie wegen der Unfallfolgen / Schadensfolgen in Behandlung?
(Bitte Namen, Anschrift sowie die Fachrichtung des Arztes / der Ärzte, z. B. Orthopädie, angeben.)

27 Hatten Sie einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt?

☐ nein ☐ ja

Namen, Anschrift des Krankenhauses / der Krankenhäuser sowie den Zeitraum und die Fachabteilung, z. B. Unfallchirurgie, angeben

28 Wer ist Ihr Hausarzt? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung des Hausarztes, z. B. Orthopädie, angeben.)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Folgende ärztliche Unterlagen sind beigefügt:

- ☐ Krankenhausentlassungsbericht
- ☐ Befundbericht
- ☐ Durchgangsarztbericht
- ☐ Gutachten
- ☐ Operationsbericht

☐ Ich bitte um Rücksendung von mir beigefügter Originalunterlagen.

Sämtliche Fragen habe ich nach bestem Gewissen beantwortet.

Ich bin damit einverstanden, dass die Deutsche Rentenversicherung von den unter Ziffer 26, 27 und 28 genannten Ärzten / Krankenhäusern Befundberichte einholt und diese sowie die von mir beigefügten ärztlichen Unterlagen erforderlichenfalls dem Ersatzpflichtigen (z. B. der Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen.

Bitte geben Sie für eventuell notwendige Nachfragen Ihre Telefonnummer an!

Ort, Datum

Telefon-Nr.

Unterschrift