



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>

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

<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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

<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	

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?

<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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

<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

14 Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?

<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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

<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei folgender Stelle:	

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 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

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Für den Fall, dass der Unfall durch Angehörige der Stationierungsstreitkräfte verursacht wurde:	
Wurde der Unfall bei der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben - Schadensregulierungsstelle - gemeldet?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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).
<div> <div></div> <div>Wann fiel der letzte Niederschlag?</div> </div>	

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 <input type="checkbox"/>	

20	War die Unfallstelle geräumt oder gestreut?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

21	Ist der Unfall dem Grundstückseigentümer gemeldet worden?
Name, Anschrift	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Angaben zu den Einkommensverhältnissen des Versicherten beziehungsweise Geschädigten zum Zeitpunkt des Unfalls

22	Hatten Sie beziehungsweise der Versicherte Einkünfte aus einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis oder aus einer selbständigen Tätigkeit?
Art des Betriebes beziehungsweise Name und Anschrift des Arbeitgebers	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
ausgeübte Tätigkeit	

23	Als Arbeitssuchende / Arbeitssuchender: Hatten Sie beziehungsweise der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls eine neue Beschäftigung in Aussicht?
Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

24	Hat sich Ihr Einkommen durch den Unfall nach Wiederaufnahme der Beschäftigung gemindert?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

25	Wurde das Beschäftigungsverhältnis wegen des Unfalls beendet?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Angaben zu den behandelnden Ärzten

Bei welchen Ärzten waren / sind Sie wegen der Unfall- / Schadensfolgen in Behandlung?

26 (Bitte Name(n), Anschrift(en) sowie die Fachrichtung des Arztes / der Ärzte, zum Beispiel Orthopädie, angeben.)

27 Hatten Sie einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt?

☐ nein ☐ ja

Name(n), Anschrift(en) des Krankenhauses / der Krankenhäuser sowie den Zeitraum und die Fachabteilung, zum Beispiel Unfallchirurgie, angeben

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

Folgende ärztliche Unterlagen sind beigelegt:

☐

Krankenhausentlassungsbericht

☐

Befundbericht

☐

Durchgangsarztbericht

☐

Gutachten

☐

Operationsbericht

☐

Ich bitte um Rücksendung von mir beigelegter 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 beigelegten ärztlichen Unterlagen erforderlichenfalls dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel 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