|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rückgriff auf haftpflichtige Dritte |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Rückgriff auf haftpflichtige Dritte:

Bitte Fragebogen ausfüllen und retournieren

Guten Tag

Sie haben ein Gesuch für Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht. Es ist möglich, dass im Zusammenhang mit dem Ereignis, das Sie zur Anmeldung veranlasst hat, eine Drittperson haftet. Sollte das zutreffen, nimmt die IV im Umfang ihrer Leistungen auf die haftpflichtige Person bzw. auf deren Haftpflichtversicherung Rückgriff. Zur Abklärung der Verhältnisse stellen wir Ihnen einige Fragen. Füllen Sie das Formular bitte vollständig aus. Sie erleichtern uns damit unsere Arbeit.

Wir danken Ihnen im Voraus für die Zusammenarbeit und grüssen Sie freundlich.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name)      | Geburtsdatum      | Versichertennummer      |

1. Abklärung
* 1.1

Art des Ereignisses, das den Gesundheitsschaden der verunfallten Person verursachte:

[ ]  Verkehrsunfall [ ]  sonstiger Unfall [ ]  andere Ursache, nämlich:

|  |
| --- |
|       |

* 1.2

Datum Ort des Ereignisses

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

* 1.3

Hat sich die Polizei oder eine andere Stelle mit dem Ereignis befasst?

[ ]  ja [ ]  nein

Name und Adresse dieser Stelle

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer

|  |
| --- |
|       |

Hat diese Stelle einen schriftlichen Bericht über das Ereignis verfasst?

[ ]  ja [ ]  nein

* 1.4

Genaue Schilderung des Ereignisses (Was hat sich zugetragen? Auf welche Ursache ist das Ereignis zurückzuführen? Welche Beteiligung Dritter besteht?)

|  |
| --- |
|       |

* 1.5

Personen, die am Ereignis beteiligt waren:

**Verursacher/Verursacherin**

Name und Adresse des Verursachers / der Verursacherin

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer

|  |
| --- |
|       |

**Zeuge/Zeugin**

Name und Adresse des Zeugen / der Zeugin

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer

|  |
| --- |
|       |

* 1.6

Werden Sie für die Regelung der Folgen des Ereignisses durch einen Anwalt / eine Anwältin, eine Rechtsschutzversicherung oder eine andere Stelle vertreten?

[ ]  ja [ ]  nein

Name und Adresse

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer

|  |
| --- |
|       |

* 1.7

Machen Sie im Zusammenhang mit dem Ereignis gegen jemanden Haftpflichtansprüche geltend?

[ ]  ja [ ]  nein

Name und Adresse dieser Person

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer

|  |
| --- |
|       |

* 1.8

Ist die Person, gegen die Sie Ihre Ansprüche geltend machen, gegen Haftpflicht versichert?

[ ]  ja [ ]  nein [ ]  nicht bekannt

Name und Adresse der Haftpflichtversicherung

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer

|  |
| --- |
|       |

Schaden-Nr. / Policen-Nr.

|  |
| --- |
|       |

* 1.9

Wurden aus dem Ereignis Haftpflichtansprüche eingeklagt?

[ ]  ja [ ]  nein

bei welcher Instanz (Gerichte oder andere) wurden diese eingeklagt?

|  |
| --- |
|       |

gegen folgende Person(en)/Haftpflichtversicherung

|  |
| --- |
|       |

* 1.10

Wurde im Zusammenhang mit dem Ereignis ein Strafverfahren eröffnet?

[ ]  ja [ ]  nein

bei welcher Instanz wurde das Strafverfahren eröffnet?

|  |
| --- |
|       |

gegen folgende Person

|  |
| --- |
|       |

* 1.11

Waren Sie zum Zeitpunkt des Ereignisses obligatorisch unfallversichert?

[ ]  ja [ ]  nein

Name und Adresse der Unfallversicherung

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer

|  |
| --- |
|       |

Unfall-Nr.

|  |
| --- |
|       |

* 1.12

Waren Sie zum Zeitpunkt des Ereignisses bei einer Pensionskasse versichert?

[ ]  ja [ ]  nein

Name und Adresse der Pensionskasse (Vorsorgeeinrichtung)

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer

|  |
| --- |
|       |

2. Kontakt und Unterschrift

Unter welcher Nummer sind Sie für ergänzende Fragen telefonisch gut erreichbar?

Telefonnummer

|  |
| --- |
|       |

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Unterlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Ort/Datum

|  |
| --- |
|       |

Unterschrift der/des Versicherten oder der Vertreterin/des Vertreters

|  |
| --- |
|  |

Adresse der Vertreterin/des Vertreters, sofern die/der Versicherte nicht unterschreiben kann

|  |
| --- |
|       |

Ihre Beilagen (Polizeibericht, Unfallbericht, u.a.) und ergänzende Bemerkungen

|  |
| --- |
|       |