

Ergänzungsblatt R zur Anmeldung für Hinterlassenenleistungen (Rückgriff auf haftpflichtige Dritte)



Unser Zeichen

Datum

Anmeldung vom

TT, MM, JJJJ

1. Personalien der verstorbenen Person

1.1 Name

Auch Name als ledige Person

1.2 Alle Vornamen

Rufname in Grossbuchstaben

1.3 Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

1.4 Versichertennummer

AHV 13-stellig, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen.
Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen
Krankenversicherungskarte.

1.5 Todesdatum

TT, MM, JJJJ

2. Personalien der antragstellenden Person

2.1 Name

Auch Name als ledige Person

2.2 Alle Vornamen

Rufname in Grossbuchstaben

2.3 Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

2.4 Versichertennummer

AHV 13-stellig, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen.
Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen
Krankenversicherungskarte.

3. Abklärung

Es ist möglich, dass im Zusammenhang mit dem Ereignis, das Sie veranlasst hat, sich bei der AHV zum Bezug von Leistungen anzumelden, eine Drittperson haftet. Sollte dies zutreffen, nimmt die AHV im Umfang ihrer Leistungen auf die haftpflichtige Person bzw. auf deren Haftpflichtversicherung Rückgriff. Zur Abklärung der Verhältnisse werden die folgenden Fragen gestellt. Füllen Sie dieses Formular bitte vollständig aus. Sie erleichtern uns damit unsere Arbeit.

Wir danken für Ihre Mitwirkung.

3.1 In welchem Verhältnis standen Sie zur verstorbenen Person?

- Partner/in
- Vater
- Mutter
- Andere (bitte ergänzen)

3.2 Worauf ist der Tod der verstorbenen Person zurückzuführen?

- Verkehrsunfall
- Sonstiger Unfall
- Andere Ursache (bitte ergänzen)

3.3 Datum und Ort des Ereignisses

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

- ja nein

Polizei / Stelle

Telefon / Mobile

Adresse

Strasse, PLZ, Ort

Hat diese Stelle einen schriftlichen Bericht über das Ereignis verfasst?

- ja nein

3.5 Genaue Schilderung des Ereignisses

Was hat sich zugetragen? Auf welche Ursache ist das Ereignis zurückzuführen? Welche Beteiligung Dritter besteht?

3.6 Personen, die am Ereignis beteiligt waren

- Verursacher / Verursacherin
- Zeuge / Zeugin

Name

Telefon / Mobile

Adresse

Strasse, PLZ, Ort

Verursacher / Verursacherin Name Telefon / Mobile
 Zeuge / Zeugin

Adresse
Strasse, PLZ, Ort

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

ja nein

Name Telefon / Mobile
Adresse
Strasse, PLZ, Ort

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

ja nein

Name Telefon / Mobile
Adresse
Strasse, PLZ, Ort

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

ja nein nicht bekannt

Haftpflichtversicherung Schaden-Nr. / Policen-Nr.
Adresse Telefon / Mobile
Strasse, PLZ, Ort

3.10 Wurden aus dem Ereignis Haftpflichtansprüche eingeklagt?

ja nein

bei folgender Instanz
Gericht oder andere
gegen folgende Person(en) / Haftpflichtversicherung

3.11 Wurde im Zusammenhang mit dem Ereignis ein Strafverfahren eröffnet?

ja nein

bei folgender Instanz

gegen folgende Person(en)

3.12 War die verstorbene Person im Zeitpunkt des Ereignisses obligatorisch unfallversichert?

ja nein

Unfallversicherung

Unfall-Nr.

Adresse

Telefon / Mobile

Strasse, PLZ, Ort

3.13 War die verstorbene Person im Zeitpunkt des Ereignisses bei einer Pensionskasse versichert? (Vorsorgeeinrichtung)

ja nein

Pensionskasse (Vorsorgeeinrichtung)

Telefon/Mobile

Adresse

Strasse, PLZ, Ort

4. Kontakt und Unterschrift

Unter welcher Nummer sind Sie für ergänzende Fragen telefonisch erreichbar?

Privat

Geschäft

Bemerkungen

Die unterzeichnende Person bestätigt, dass die Angaben wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort und Datum

Unterschrift

Verfügbare Beilagen beilegen

Polizeibericht, Unfallbericht, u.a.