

## 1. Versicherte Person

### 1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

AHV-Nummer

13-stellig. Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

Anmeldung vom

## 2. Abklärung

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.

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte telefonisch an die IV-Stelle Ihres Wohnkantons: Verzeichnis der IV-Stellen.

Wir danken Ihnen im Voraus für die Zusammenarbeit.

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

- Verkehrsunfall  
 sonstiger Unfall  
 andere Ursache (bitte ergänzen)

### 2.2 Datum

TT, MM, JJJJ

### Ort des Ereignisses

### 2.3 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

### 2.4 Genaue Schilderung des Ereignisses

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

### 2.5 Personen die am Ereignis beteiligt waren

Verursacher / Verursacherin  
 Zeuge / Zeugin

Name

Telefonnummer

Adresse

Strasse, PLZ, Ort

---

Verursacher / Verursacherin  
 Zeuge / Zeugin

Name

Telefonnummer

Adresse

Strasse, PLZ, Ort

---

**2.6 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

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

ja  nein

Name und Adresse dieser Person

Telefonnummer

**2.8 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.

**2.9 Wurden aus dem Ereignis Haftpflichtansprüche eingeklagt?**

ja  nein

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

gegen folgende Person(en)/Haftpflichtversicherung

**2.10 Wurde im Zusammenhang mit dem Ereignis ein Strafverfahren eröffnet?**

ja  nein

bei welcher Instanz wurde das Strafverfahren eröffnet?

gegen folgende Person

**2.11 Waren Sie zum Zeitpunkt des Ereignisses obligatorisch unfallversichert?**

ja  nein

Name und Adresse der Unfallversicherung

Telefonnummer

Unfall-Nr.

**2.12 Waren Sie zum Zeitpunkt des Ereignisses bei einer Pensionskasse versichert?**

ja  nein

Name und Adresse der Pensionskasse (Vorsorgeeinrichtung)

Telefonnummer

### 3. Kontakt, Vollmacht und Unterschrift

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

#### **Vollmacht**

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen sowie Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Amtsstellen, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung des Leistungsanspruchs und für die Durchsetzung des Regressanspruchs erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihre Vertreterin/ihr Vertreter auch Anwälte /Anwältinnen für den Rückgriff auf Dritte Auskunft zu geben. Sämtliche genannten Personen und Behörden werden von der versicherten Person im Rahmen der vorliegenden Ermächtigung gegenüber den Organen der Invalidenversicherung von ihrer auf Amts- oder Berufsgeheimnis beruhenden Schweigepflicht befreit.

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

Ort/Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

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

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

#### 4. Einreichungsstelle

---

Der Fragebogen ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons der versicherten Person zu retournieren.