

# 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 AHV-Nummer

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 AHV-Nummer

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  
 Zeuge / Zeugin

Name  Telefon / Mobile

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, Vollmacht und Unterschrift**

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

Privat

Geschäft

Bemerkungen

**Vollmacht**

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die hinterlassene Person oder ihre Vertreterin / ihr Vertreter alle in Betracht fallenden Personen und Stellen – namentlich Anwälte/Anwältinnen, Ärzte/ Ärztinnen, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, Arbeitgebende, Treuhandfirmen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen – der zuständigen Ausgleichskasse für den Rückgriff auf Dritte, gegen die der oder den hinterlassenen Personen aus diesem Schadenfall Schadenersatzansprüche zustehen können, die erforderlichen Auskünfte zu geben.

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

Ort und Datum

Unterschrift

**Verfügbare Beilagen beilegen**

Polizeibericht, Unfallbericht, u.a.