

Anlage



Unfallfragebogen zum Antrag auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)
(zu Abschnitt 6.3 des Hauptantrags)



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.arbeitsagentur.de.

1. Persönliche Daten

1.1 Meine persönlichen Daten

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens geht gemäß § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) auf die Leistungsträger über, soweit diese auf Grund des Schadensereignisses Sozialleistungen erbracht haben oder erbringen. Der Übergang des Schadensersatzanspruchs erfolgt nur in Höhe der geleisteten Sozialleistungen.

Falls Ihnen oder einer mit Ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Person daher Leistungen als Folge einer Schädigung durch Dritte zustehen, muss das Jobcenter Ihre Schadensersatzansprüche gegen Ihren Schädiger bzw. dessen Versicherung verfolgen. Im Falle des Übergangs des Schadensersatzanspruches sind Ihnen Erklärungen oder Handlungen, die den Anspruch des Jobcenters kürzen könnten, untersagt. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daher möglichst umfassend und wahrheitsgemäß. Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters sind Ihnen in Zweifelsfragen beim Ausfüllen dieser Anlage gern behilflich.

1.2 Persönliche Daten der geschädigten Person in meiner Bedarfsgemeinschaft

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Kundennummer (falls vorhanden)	

2. Tag und Ort des Unfalls/Schadensereignisses

Tag des Unfalls/Schadensereignisses	Ort des Unfalls/Schadensereignisses
-------------------------------------	-------------------------------------

3. Unfall/Schadensereignis in der Haushaltsgemeinschaft

Die Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat, lebte zum Zeitpunkt des Unfalls/Schadensereignisses mit der geschädigten Person in einer Haushaltsgemeinschaft.

Vorname	Familienname	Verwandtschaftsverhältnis
---------	--------------	---------------------------

Die weiteren Angaben sind notwendig, sofern Abschnitt 3 nicht auf Sie zutrifft.



2

UF

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

4. Art des Unfalls/Schadensereignisses



- Arbeitsunfall Verkehrsunfall Sonstiges

► Bitte schildern Sie – ggf. auf einem gesonderten Blatt – ausführlich den Unfallhergang bzw. wie der Schaden entstanden ist.

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

5. Daten zur Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat

Vorname	Familienname
---------	--------------

Anschrift

Haftpflichtversicherung der vorgenannten Person

Name des Haftpflichtversicherers	Schadensnummer
----------------------------------	----------------

Anschrift

6. Schadensersatzansprüche

- Die geschädigte Person hat bereits Ansprüche auf Schadensersatz erhoben.

Anspruchsgegnerin/Anspruchsgegner

- Die Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen.

- Der Anspruch wurde durch den Versicherer anerkannt.

- Der Anspruch wurde durch den Versicherer abgelehnt.

- Es wurde am _____ ein Vergleich geschlossen.

- Über die Klage wurde noch nicht entschieden.

- Die Klage wurde durch Urteil beendet.

- Die geschädigte Person wurde (anwaltlich) vertreten.

Name der Vertreterin/des Vertreters	Anschrift
-------------------------------------	-----------

► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor. ○

Sofern der Anspruch auf Schadensersatz durch ein Urteil festgestellt wurde, ist die Beantwortung aller weiteren Fragen nicht erforderlich. Bitte fügen Sie in diesem Fall das Urteil in Kopie bei.

7. Verletzungen

Verletzungen der geschädigten Person

- Die geschädigte Person wurde wegen des Unfalls/Schadensereignisses untersucht/behandelt bzw. es wurde ein Gutachten erstellt.

Name der Ärztin/des Arztes	Anschrift
----------------------------	-----------

Name der Ärztin/des Arztes	Anschrift
----------------------------	-----------

► Bitte legen Sie – sofern vorhanden – ärztliche Gutachten, die aufgrund des Unfalls/Schadensereignisses erstellt wurden, in Kopie vor und fügen Sie die bei. ○

Anlage SE



8. Unfall-/Schadensanzeige und Ermittlungsverfahren

<input type="checkbox"/> Der Unfall/Schaden wurde von der Polizei aufgenommen.	
Dienststelle der Polizei (mit Adresse), bei der der Unfall/Schaden angezeigt wurde	
Aktenzeichen	Tagebuchnummer
<input type="checkbox"/> Gegen die Verursacherin/den Verursacher wurde wegen des Unfalls/Schadensereignisses ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet.	
zuständige Staatsanwaltschaft/zuständiges Gericht	Aktenzeichen

9. Sozialversicherung

Die geschädigte Person war zum Zeitpunkt des Unfalls/Schadensereignisses bei folgender Krankenversicherung (mit-)versichert	
Name der Krankenversicherung	Krankenversicherungsnummer
Rentenversicherungsträger	Rentenversicherungsnummer

10. Arbeitsunfall

Die geschädigte Person war zum Zeitpunkt des Unfalls bei folgendem Arbeitgeber beschäftigt	
Name des Arbeitgebers	Anschrift des Arbeitgebers
Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft) des Arbeitgebers	

11. Verkehrsunfall

<input type="checkbox"/> Die geschädigte Person benutzte während des Unfalls folgendes öffentliches Verkehrsmittel	
<input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> Eisenbahn
<input type="checkbox"/> Straßenbahn	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Die geschädigte Person war an dem Unfall als Fußgänger/in beteiligt.	
<input type="checkbox"/> Die geschädigte Person war mit folgendem Fahrzeug an dem Unfall beteiligt.	
<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> Motorrad
<input type="checkbox"/> PKW/LKW	<input type="checkbox"/> _____
Die geschädigte Person war	<input type="checkbox"/> Fahrer/in
	<input type="checkbox"/> Mitfahrer/in
Vorname der FahrerIn/des Fahrers	Familienname der FahrerIn/des Fahrers
Anschrift der FahrerIn/des Fahrers	
Vorname der FahrzeughalterIn/des Fahrzeughalters	
Familienname der FahrzeughalterIn/des Fahrzeughalters	
Anschrift der FahrzeughalterIn/des Fahrzeughalters	
Name/Anschrift der Fahrzeugversicherung	
Schadensnummer	Amtliches Kennzeichen

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen





<input type="checkbox"/> An dem Unfall war noch eine andere Verkehrsteilnehmerin/ein anderer Verkehrsteilnehmer/ein weiteres Fahrzeug beteiligt.	
<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> Motorrad
<input type="checkbox"/> PKW/LKW	<input type="checkbox"/> _____
Name der weiteren Verkehrsteilnehmerin/des weiteren Verkehrsteilnehmers	
Anschrift der weiteren Verkehrsteilnehmerin/des weiteren Verkehrsteilnehmers	
Name der Halterin/des Halters des weiteren Fahrzeugs	
Anschrift der Halterin/des Halters des weiteren Fahrzeugs	
Name/Anschrift der Fahrzeugversicherung	
Schadensnummer	Amtliches Kennzeichen des weiteren Fahrzeugs

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

12. Sonstiges Schadensereignis

<input type="checkbox"/> Sportunfall	
Der Unfall wurde <input type="checkbox"/> unabsichtlich <input type="checkbox"/> fahrlässig <input type="checkbox"/> vorsätzlich verursacht.	
<input type="checkbox"/> Ärztlicher Behandlungsfehler	
Name der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses	
Anschrift der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses	
Haftpflichtversicherung der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses	
Schadensnummer	
<input type="checkbox"/> Es ist ein Verfahren vor der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtschäden anhängig.	
Anschrift der Schlichtungsstelle	Schadensnummer
<input type="checkbox"/> Körperverletzung (z. B. Schlägerei, Überfall)	
<p>► Bitte schildern Sie – ggf. auf einem gesonderten Blatt – ausführlich wie und bei welcher Gelegenheit die geschädigte Person verletzt wurde.</p>	
<input type="checkbox"/> Verstoß gegen eine Verkehrssicherungspflicht (z. B. Räum- oder Streupflicht)	
Name der/des Verkehrssicherungspflichtigen	Anschrift
Versicherung der/des Verkehrssicherungspflichtigen	Schadensnummer

<input type="checkbox"/> _____



<input type="checkbox"/> Verletzung durch ein fehlerhaftes Produkt/fehlerhaftes Material	
Name des Herstellers	Anschrift
Versicherung des Herstellers	
Schadensnummer	
<input type="checkbox"/> Verletzung durch Tiere	
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Bissverletzung
<input type="checkbox"/> Wildunfall	<input type="checkbox"/> _____
Die geschädigte Person hat den Unfall gemeldet bei der/dem	
<input type="checkbox"/> Tierhalter/in	<input type="checkbox"/> Förster/in
<input type="checkbox"/> Ordnungsamt	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Der Unfall erfolgte durch ein Haustier.	
Art des Tieres	
Name der Tierhalterin/des Tierhalters	Anschrift
Haftpflichtversicherung der Tierhalterin/des Tierhalters	
Schadensnummer	

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

<p>► Nur auszufüllen bei vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen:</p> <p>Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:</p>	
Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen