

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.lra-sm.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 ⁽¹²⁾



Die Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat, lebte zum Zeitpunkt des Unfalls/Schadensereignisses mit der geschädigten Person in einer Haushaltsgemeinschaft ⁽⁴⁷⁾

Familienname

Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

UF

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

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

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.

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

Familienname

Vorname

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. (48)

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 bitte die **Anlage SE** bei. (49)

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ _____

☐ _____

☐ _____
☐ Anlage SE

8. Unfall-/Schadensanzeige und Ermittlungsverfahren

☐ Der Unfall/Schaden wurde von der Polizei aufgenommen.

Dienststelle der Polizei (mit Adresse), bei der der Unfall/Schaden angezeigt wurde

Aktenzeichen

Tagebuchnummer

☐ 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

Krankenversichertennummer

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

☐ Die geschädigte Person benutzte während des Unfalls folgendes öffentliches Verkehrsmittel

☐ Bus

☐ Eisenbahn

☐ Straßenbahn ☐

☐ Die geschädigte Person war an dem Unfall als Fußgänger/in beteiligt.

☐ Die geschädigte Person war mit folgendem Fahrzeug an dem Unfall beteiligt.

☐ Fahrrad

☐ Motorrad

☐ PKW/LKW

☐

Die geschädigte Person war

☐ Fahrer/in

☐ Mitfahrer/in

Familienname der FahrerIn/des Fahrers

Vorname der FahrerIn/des Fahrers

Anschrift der FahrerIn/des Fahrers

Familienname der FahrzeughalterIn/des Fahrzeughalters

Vorname der FahrzeughalterIn/des Fahrzeughalters

Anschrift der FahrzeughalterIn/des Fahrzeughalters

Name/Anschrift der Fahrzeugversicherung

Schadensnummer

Amtliches Kennzeichen

Bearbeitungsvermerke

Nur vom Jobcenter auszufüllen

☐ An dem Unfall war noch eine andere Verkehrsteilnehmerin/ein anderer Verkehrsteilnehmer/ein **weiteres** Fahrzeug beteiligt.

☐ Fahrrad ☐ Motorrad ☐ PKW/LKW ☐

Name der weiteren Verkehrsteilnehmerin/des weiteren Verkehrsteilnehmers

Anschrift der weiteren Verkehrsteilnehmerin/des weiteren Verkehrsteilnehmers

Name der Halterin/des Halters des weiten Fahrzeugs

Name/Anschrift der Fahrzeugversicherung

Schadensnummer

Amtliches Kennzeichen des weiteren Fahrzeugs

12. Sonstiges Schadensereignis

☐ Sportunfall

Der Unfall wurde ☐ unabsichtlich ☐ fahrlässig ☐ vorsätzlich verursacht.

☐ Ärztlicher Behandlungsfehler

Name der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses

Anschrift der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses

Haftpflichtversicherung der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses

Schadensnummer

☐ Es ist ein Verfahren vor der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtschäden anhängig.

Anschrift der Schlichtungsstelle Schadensnummer

☐ Körperverletzung (z. B. Schlägerei, Überfall)

► Bitte schildern Sie – ggf. auf einem gesonderten Blatt – ausführlich wie und bei welcher Gelegenheit die geschädigte Person verletzt wurde.

☐ Verstoß gegen eine Verkehrssicherungspflicht (z. B. Räum- oder Streupflicht)

Name der/des Verkehrssicherungspflichtigen Anschrift

Versicherung der/des Verkehrssicherungspflichtigen Schadensnummer

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen



