

Anlage

Unfallfragebogen zum Antrag auf Bürgergeld nach dem Zweiten Buch
Sozialgesetzbuch (SGB II)



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 der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede

Vorname

Familienname

Geburtsdatum

Aktenzeichen (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.

2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf folgende geschädigte Person in der Bedarfsgemeinschaft ⁴

Anrede

Vorname

Familienname

Geburtsdatum

Kundennummer (falls vorhanden)

3. Tag und Ort des Unfalls/Schadensereignisses

Tag des Unfalls/Schadensereignisses

Ort des Unfalls/Schadensereignisses

4. Unfall/Schadensereignis in der häuslichen Gemeinschaft ⁴⁵

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

Familienname

Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

UF

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Die weiteren Angaben sind notwendig, sofern Abschnitt 4 nicht auf Sie zutrifft.

5. Art des Unfalls/Schadensereignisses

- Arbeitsunfall Verkehrsunfall Sonstiges

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

6. Daten zur Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat (Schädigerin/Schädiger)

Familienname

Vorname

Anschrift

Haftpflichtversicherung der vorgenannten Person

Name des Haftpflichtversicherers

Schadensnummer

Anschrift

7. Schadensersatzansprüche

- Die geschädigte Person hat bereits Ansprüche auf Schadensersatz erhoben.
Anspruchsgegnerin/Anspruchsgegner

- Die Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen.
- Der Anspruch wurde von der Versicherung der Schädigerin/des Schädigers anerkannt.
- Der Anspruch wurde von der Versicherung der Schädigerin/des Schädigers abgelehnt.
- Es wurde am _____ ein Vergleich geschlossen
- Über die Klage wurde noch nicht entschieden.
- Die Klage wurde durch Urteil beendet.
- Die geschädigte Person wird/wurde (anwaltlich) vertreten.

Name der Vertreterin/des Vertreters

Anschrift

► Bitte legen Sie entsprechende Nachweise (z.B. Urteil, Schreiben der Versicherung) 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.

8. Verletzungen

Verletzungen der geschädigten Person

-
- Die geschädigte Person wurde wegen des Unfalls/Schadensereignisses untersucht, behandelt oder 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.

9. 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

10. Sozialversicherung

Die geschädigte Person war zum Zeitpunkt des Unfalls/Schadensereignisses bei folgender Krankenversicherung (mit-)versichert

Name der Krankenversicherung

Krankenversichertennummer

Rentenversicherungsträger

Rentenversicherungsnummer

11. 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

12. 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

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

Die andere Person war mit folgendem weiteren 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

Anschrift der Halterin/des Halters des weiteren Fahrzeugs

Name/Anschrift der Fahrzeugversicherung

Schadensnummer

Amtlichen Kennzeichen des weiteren Fahrzeugs

13. 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

Verletzung durch ein fehlerhaftes Produkt/fehlerhaftes Material

Name des Herstellers

Anschrift

Versicherung des Herstellers

Schadensnummer

Verletzung durch Tiere

Verkehrsunfall

Bissverletzung

Wildunfall

Die geschädigte Person hat den Unfall bei folgender Person/Stelle gemeldet:

Tierhalter/in

Förster/in

Ordnungsamt

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)

► **Bearbeitungsvermerk (nur vom Jobcenter auszufüllen):**

In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein des Kunden/der Kundin Änderungen vorgenommen:

Handzeichen, Datum: _____

Unterschrift der Kundin/des Kunden _____

Sonstige Anmerkungen des Jobcenters