



Anlage

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



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Reichen Sie bitte grundsätzlich keine Originalbelege, sondern Kopien ein.

Die nachstehenden 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. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.jobcenter.digital.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens geht gemäß § 116 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 gerne behilflich.

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

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

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

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

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



2

UF

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team



5. 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

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

Vorname	Familiennamen
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 bei.

8. 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, vor und fügen Sie die **Anlage SE** bei.

Anlage SE





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	Krankenversicherungsnummer
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 Fußgängerin/Fußgänger beteiligt.	
Die geschädigte Person war mit folgendem Fahrzeug an dem Unfall beteiligt:	
Fahrrad	Motorrad
PKW/LKW	_____
Die geschädigte Person war	Fahrer/in
	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



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

Die andere Person war mit dem 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 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

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	
Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.			
Ort/Datum		Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)	

Bearbeitungsvermerke Nur vom Jobcenter auszufüllen
In den folgenden Abschnitten wurden im Beisein der Kundin/des Kunden Änderungen vorgenommen:
Handzeichen, Datum
Unterschrift der Kundin/des Kunden