



# 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](http://www.arbeitsagentur.de/datenerhebung).

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter [www.jobcenter.digital](http://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 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 44

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	Familienname
---------	--------------

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. **(45)**

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. **(46)**

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	Familiename der FahrerIn/des Fahrers
----------------------------------	--------------------------------------

Anschrift der FahrerIn/des Fahrers
------------------------------------

Vorname der FahrzeughalterIn/des Fahrzeughalters
--

Familiename 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 beteiligt. Die andere Person war mit dem folgendem weiteren 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

**13. 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)	
▶ Bitte schildern Sie – ggf. auf einem gesonderten Blatt – ausführlich, wie und bei welcher Gelegenheit die geschädigte Person verletzt wurde.	
<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 bei folgender Person/Stelle gemeldet:	
<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

**Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.**

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

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