

Anlage UF

Unfallfragebogen zum Antrag auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch – SGB II (zu Abschnitt 9 des Hauptantrages)

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft _____
Familienname, Vorname
der Antragstellerin/des Antragstellers _____

Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens geht gemäß § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch auf den Leistungsträger über, soweit dieser auf Grund des Schadensereignisses Sozialleistungen erbracht hat oder zu erbringen hat. Der Übergang des Schadensersatzanspruches erfolgt nur in Höhe der geleisteten Sozialleistungen.

Falls Ihnen oder einer geschädigten, mit Ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Person daher Leistungen als Folge einer Schädigung durch Dritte zustehen, muss der Leistungsträger Ihre Schadensersatzansprüche gegen Ihren Schädiger bzw. dessen Versicherung verfolgen. Es wird darauf hingewiesen, dass Ihnen im Falle des Übergangs des Schadensersatzanspruches Erklärungen oder Handlungen, die den Anspruch des Leistungsträgers kürzen könnten, untersagt sind. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daher möglichst umfassend und wahrheitsgemäß.

Die Mitarbeiter des Leistungsträgers sind Ihnen in Zweifelsfragen bei dem Ausfüllen des Unfallfragebogens gern behilflich.

1. Name des Geschädigten: _____

2. Tag/Ort des Unfalls/Schadensereignisses: _____ Datum: _____ / _____

3. Lebte einer der Verursacher/Schädiger zum Zeitpunkt des Schadensereignisses/Unfalls mit dem Geschädigten in häuslicher Gemeinschaft? ja nein
Falls ja, geben Sie bitte Name und Verwandtschaftsgrad an:

Die weiteren Fragen sind nur zu beantworten, sofern die Frage 3 verneint wurde.

4. Es handelt sich um:
einen Arbeitsunfall.
einen Verkehrsunfall (siehe auch Frage 15).
ein sonstiges Schadensereignis (siehe auch Frage 16).
Schildern Sie bitte möglichst ausführlich den Unfall bzw. die Entstehung des Schadens.

5. Wer hat den Unfall/das Schadenereignis – ganz oder teilweise – verursacht?

Name, Anschrift: _____

Geben Sie bitte die Haftpflichtversicherung des Verursachers oder Schädigers an:

Name, Anschrift: _____

Schadens-Nr.: _____

6. Hat der Geschädigte bereits Ansprüche auf Schadensersatz erhoben?

nein

ja, gegen: _____

Ergebnis: _____

Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen.

Anerkennung durch den Versicherer (**bitte Unterlagen beifügen**).

Es wurde am _____ ein Vergleich geschlossen (**bitte Unterlagen beifügen**).

Klage ist noch anhängig (**bitte Aktenzeichen und Gericht angeben**).

Klage wurde durch Urteil beendet (**bitte Unterlagen beifügen**).

Die Interessen des Geschädigten wurden/werden vertreten durch (z. B. einen Rechtsanwalt):

Name und Anschrift: _____

Hinweis: Sofern der Anspruch auf Schadensersatz durch Urteil festgestellt wurde, ist die Beantwortung aller weiteren Fragen nicht erforderlich.

7. Welche Verletzungen hat der Geschädigte erlitten?

8. Von welchen Stellen ist der Geschädigte wegen des Unfalls/des Schadenereignisses untersucht, behandelt oder ist ein Gutachten erstellt worden?

(Soweit vorhanden, fügen Sie bitte diesbezüglich ärztliche Gutachten, soweit sie den Unfall/das Schadenereignis betreffen, und eine Entbindung von der Schweigepflicht bei.)

Name und Anschrift: _____

9. Welche Polizeibehörde (mit Anschrift) hat den Unfall/das Schadenereignis aufgenommen?

10. Ist oder war gegen einen Verursacher/Schädiger wegen des Schadenereignisses ein Straf- oder Ermittlungsverfahren anhängig?

nein

ja, gegen: _____

Bei folgendem Gericht bzw. folgender Staatsanwaltschaft:

Aktenzeichen: _____

Ergebnis: _____

Die Fragen 11 bis 13 sind nur zu beantworten, wenn durch einen der genannten Leistungsträger bereits Leistungen erbracht worden sind oder werden.

11. Bei welcher Krankenkasse war der Geschädigte zum Zeitpunkt des Unfalls (mit-)versichert?

Versicherten-Nummer: _____

12. Rentenversicherungsträger/Rentenversicherungsnummer:

13. Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft oder sonstige) des Betriebes:

14. Im Falle eines Arbeitsunfalls: Bei welchem Arbeitgeber war der Geschädigte zum Zeitpunkt des Unfalls tätig?

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

15. Verkehrsunfall:

Der Geschädigte benutzte ein öffentliches Verkehrsmittel.

Bus Eisenbahn Straßenbahn sonstiges _____

An dem Unfall war der Geschädigte **als Fußgänger** beteiligt.

An dem Unfall war der Geschädigte **mit einem Fahrzeug** beteiligt.

Fahrrad Moped PKW LKW sonstiges _____

Amtliches Kennzeichen: _____

Der Geschädigte war Fahrer Beifahrer/Insasse bei

Name und Anschrift des Fahrers: _____

Halter dieses Fahrzeugs ist: _____

Anschrift des Halters: _____

Versichert ist das Fahrzeug bei folgender Versicherungsgesellschaft: _____

Schadens-Nr.: _____

Es war noch ein anderer Verkehrsteilnehmer/ein anderes Fahrzeug beteiligt.

Fahrrad Moped PKW LKW Motorrad

Name und Anschrift: _____

Amtliches Kennzeichen: _____

Name und Anschrift des Fahrers **des anderen Fahrzeugs**:

Halter dieses Fahrzeugs ist: _____

Anschrift des Halters: _____

Versichert ist das Fahrzeug bei folgender Versicherungsgesellschaft: _____

Schadens-Nr.: _____

16. Sonstiges Schadensereignis:

Sportunfall

Der Unfall wurde _____ unabsichtlich _____ grob fahrlässig _____ vorsätzlich _____ verursacht.

Ärztlicher Kunstfehler

Es wurde dem Geschädigten folgende Haftpflichtversicherung genannt:

Schadens-Nr.: _____

Ist ein Verfahren vor der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtschäden anhängig?

nein

ja

Anschrift der Schlichtungsstelle:

Schadens-Nr.: _____

Körperverletzung (Tätliche Auseinandersetzung, Überfall o.ä.)

Bitte schildern Sie, bei welcher Gelegenheit der Geschädigte verletzt wurde: _____

Strafanzeige wurde erstattet am _____ bei folgender Polizeidienststelle:

Verletzung durch Tiere

Verkehrsunfall

Bissverletzung

Wildunfall

sonstige Ursache _____

Es handelt sich um ein Haustier, und zwar _____

Halter des Haustieres ist: _____

Anschrift: _____

Der Unfall wurde nicht gemeldet.

Der Unfall wurde dem Tierhalter gemeldet.

Es wurde dem Geschädigten folgende Haftpflichtversicherung genannt: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Schadens-Nr.: _____

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)