

Anlage UF

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

Füllen Sie diese Anlage bitte in Druckbuchstaben aus.

	Eingangsstempel
---	-----------------

Die Antragsformulare und Ausfüllhinweise finden Sie auch im Internet unter www.jobcenter-blk.de unter der Rubrik "Downloads > Vordrucke > Weitere Anlagen".

Den Ausfüllhinweisen können Sie zur jeweiligen Nummer weitere Informationen entnehmen 5

1. Persönliche Daten

1.1 Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Nummer der Bedarfsgemeinschaft/Aktenzeichen

Anrede Vorname

Familienname Geburtsdatum

Gemäß § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) geht ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens 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 Fragestellungen daher möglichst umfassend und wahrheitsgemäß.

1.2. Persönliche Daten der geschädigten Person

Anrede Vorname des anderen Elternteils Geburtsdatum

Familienname des anderen Elternteils Geburtsname (sofern abweichend)

Kundennummer der BA:

2. Tag und Ort des Unfalls/Schadensereignisses

Tag des Unfalls/Schadensereignisses Ort des Unfalls/Schadensereignisses

3. Unfalls/Schadensereignis in der Haushaltsgemeinschaft 13

Lebte die Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat, zum Zeitpunkt des Unfalls/Schadensereignisses mit der geschädigten Person in einer Haushaltsgemeinschaft? 48 ja nein

Familienname, Vorname Verwandtschaftsverhältnis

Die weiteren Angaben sind notwendig, soweit Nr. 3 nicht auf Sie zutrifft.

4. Art des Unfalls/Schadensereignisses

Arbeitsunfall Verkehrsunfall Sonstiges

➤ Bitte schildern Sie 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 des Haftpflichtversicherers

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 ein Vergleich geschlossen.
 Über die Klage wurde noch nicht entschieden.
 Die Klage wurde durch Urteil beendet.
 Die geschädigte Person wurde (anwaltlich) vertreten.

Datum Vergleich:

Name der Vertreterin/des Vertreters

Anschrift

➤ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor. 49

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. 50

8. Unfalls/Schadensanzeige und Ermittlungsverfahren

Der Unfall/Schaden wurde von der Polizei aufgenommen.

Dienststelle und Adresse der Polizei, 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

Krankenversicherungsnummer

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 war am Unfall als Fußgänger/in beteiligt.

Die geschädigte Person benutze während des Unfalls folgendes öffentliches Verkehrsmittel

Bus

Eisenbahn

Straßenbahn

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

Fahrrad

Motorrad

PKW/LKW

Die geschädigte Person war Fahrer/in Mitfahrer/in

Familienname, Vorname des Fahrers/der Fahrerin

Anschrift des Fahrers/der Fahrerin

Familienname, Vorname des Halters/der Halterin

Anschrift des Halters/der Halterin

Name und Anschrift der Fahrzeugversicherung

Amtliches Kennzeichen

Schadensnummer

an dem Unfall war noch ein/e andere/r Verkehrsteilnehmer/in /ein weiteres Fahrzeug beteiligt.

Fahrrad

Motorrad

PKW/LKW

Familienname, Vorname der weiteren Verkehrsteilnehmerin/des weiteren Verkehrsteilnehmers

Anschrift der weiteren Verkehrsteilnehmerin/des weiteren Verkehrsteilnehmers

Familienname, Vorname des Halters/der Halterin des weiteren Fahrzeugs

Anschrift des Halters/der Halterin des weiteren Fahrzeugs

Name und Anschrift der Fahrzeugversicherung

Amtliches Kennzeichen

Schadensnummer

12. sonstige Schadensereignisse

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 ausführlich wie und bei welcher Gelegenheit die geschädigte Person verletzt wurde. Führen Sie ggf. auf einem gesonderten Blatt dazu aus.

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

Familienname, Vorname der/des Verkehrssicherungspflichtigen

Versicherung der/des Verkehrssicherungspflichtigen

Schadensnummer

Verletzung durch ein fehlerhaftes Produkt/fehlerhaftes Material

Name des Herstellers

Versicherung des Herstellers

Schadensnummer

Verletzung durch Tiere

Verkehrsunfall

Bissverletzung

Wildunfall

Die geschädigte Person hat den Unfall gemeldet bei der/dem

Tierhalter/in

Förster/in

Ordnungsamt

Der Unfall erfolgte durch ein Haustier

Art des Tieres

Familienname, Vorname der Tierhalterin/des Tierhalters

Anschrift des Tierhalters/der Tierhalterin

Haftpflichtversicherung des Tierhalters/der Tierhalterin

Schadensnummer

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden auf Grund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben.

Ort, Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Jobcenters vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort, Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller