

Anlage UF - Unfallfragebogen

Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) bitte vollständig und gut lesbar in Druckschrift aus. Sie vermeiden dadurch zeitintensive und kostenaufwändige Rückfragen. Beachten Sie bitte die Ausfüllhinweise. Die Antragsvordrucke finden Sie auch im Internet unter www.jobcenter-row.de.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Leistungssachbearbeiterin / Ihren Leistungssachbearbeiter.

Tag der Antragstellung (wenn abweichend vom Erst- bzw. Weiterbewilligungsantrag)

Eingangsdatum / Dienststelle

1. Meine persönlichen Daten

Aktenzeichen _____

Das Aktenzeichen entnehmen Sie bitte dem letzten Bescheid bzw. Anschreiben.

Vorname _____ Familienname _____ Geburtsdatum _____

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 Bedarfsgemeinschaft lebenden Person 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.

2. Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben in dieser Anlage beziehen

Vorname _____ Familienname _____ Geburtsdatum _____

3. Angaben zum Unfall bzw. Schadensereignis

3a Tag und Ort des Unfalls/Schadensereignisses _____

3b Die Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat, lebte zum Zeitpunkt des Unfalls/Schadens mit der geschädigten Person in einer Haushaltsgemeinschaft.

Ja, Name _____

(Bitte weiter ausfüllen bei Abschnitt 6.)

Nein

(Bitte weiter ausfüllen bei Abschnitt 4.)

4. Art des Unfalls/Schadensereignisses

Arbeitsunfall

Verkehrsunfall

Sonstiges

Bitte schildern Sie den Unfall bzw. die Entstehung des Schadens ausführlich auf einem gesonderten Blatt.

5. Daten zu der Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat

Vorname _____ Familienname _____

Anschrift _____

Haftpflichtversicherung

Name der Versicherung _____

Schadensnummer _____

Anschrift _____

6. Schadensersatzansprüche

Die geschädigte Person hat bereits Ansprüche auf Schadensersatz erhoben.

Nein

Ja, Anspruchsgegner/in ist _____

Die Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen.

Der Anspruch wurde durch den Versicherer anerkannt.

Der Anspruch wurde durch den Versicherer abgelehnt.

Es wurde am _____ ein Vergleich geschlossen.

Über die Klage wurde noch nicht entschieden.

Die Klage wurde durch Urteil beendet.

Die geschädigte Person wurde (anwaltlich) vertreten von _____

Anschrift der Vertreterin/des Vertreters _____

Sofern der Anspruch auf Schadensersatz durch ein Urteil festgestellt wurde, ist die Beantwortung aller weiteren Fragen nicht erforderlich!

7. Verletzungen

Die geschädigte Person wurde wegen eines Unfalls/Schadensereignisses untersucht/behandelt.

Nein

Ja; Name und Anschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

*Bitte legen Sie – sofern vorhanden – ärztliche Gutachten vor, die aufgrund des Unfalls/Schadensereignisses erstellt wurden und fügen Sie die **Anlage SE** bei.*

8. Unfall-/Schadensanzeige und Ermittlungsverfahren

Der Unfall/Schaden wurde von der Polizei aufgenommen.

Nein

Ja; Dienststelle der Polizei, bei der die Aufnahme erfolgt ist

Aktenzeichen _____ Tagebuchnummer _____

Gegen die Verursacherin/den Verursacher wurde ein Ermittlungs- bzw. Strafverfahren eingeleitet.

Nein

Ja, zuständiges Gericht bzw. zuständige Staatsanwaltschaft _____

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 Arbeitgeber _____

Anschrift _____

Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft) des Arbeitgebers _____

11. Verkehrsunfall

Die geschädigte Person war an dem Unfall beteiligt

als Fußgänger/in

bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels:

Bus Eisenbahn Straßenbahn U-Bahn _____

bei Benutzung eines

Fahrrads Motorrads PKW LKW _____

Die geschädigte Person war Fahrer/in Mitfahrer/in

Name der FahrerIn/des Fahrers _____

Anschrift _____

Name der HalterIn/des Halters des Fahrzeugs _____

Anschrift _____

Amtliches Kennzeichen _____ Name der Fahrzeugversicherung _____

Anschrift der Versicherung _____

Schadensnummer _____

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

Name der Verkehrsteilnehmerin/ des Verkehrsteilnehmers _____

Anschrift _____

Name der Halterin/des Halters des Fahrzeugs _____

Anschrift _____

Amtliches Kennzeichen _____ Name der Fahrzeugversicherung _____

Anschrift der Versicherung _____

Schadensnummer _____

12. sonstiges Schadensereignis

12a **Sportunfall**

Der Unfall wurde von einer dritten Person

unabsichtlich absichtlich fahrlässig vorsätzlich verursacht.

12b **Ärztlicher Kunstfehler**

Haftpflichtversicherung des Arztes/Krankenhauses _____

Schadensnummer _____

Es ist ein Verfahren vor der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtschäden anhängig.

Anschrift der Schlichtungsstelle _____

Schadensnummer _____

12c **Körperverletzung** (z. B. Überfall, Schlägerei)

Bitte schildern Sie den Vorfall ausführlich auf einem gesonderten Blatt.

12d **Verletzung durch Tiere**

Verkehrsunfall Wildunfall Bissverletzung _____

Die geschädigte Person hat den Unfall gemeldet bei der/dem

Tierhalter/in Förster/in Ordnungsamt _____

Der Unfall wurde durch ein Haustier verursacht.

Name der Halterin/des Halters des Tieres _____

Anschrift _____

Haftpflichtversicherung der Tierhalterin/des Tierhalters _____

Anschrift der Versicherung _____

Schadensnummer _____

Ich bestätige, dass die Angaben zutreffend sind.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin /
des Antragstellers

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
minderjähriger Antragsteller/innen