

# Anlage UF

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

Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

|  |                 |
|--|-----------------|
| Landkreis Ostprignitz-Ruppin<br>Jobcenter Ostprignitz-Ruppin | Eingangsstempel |
|--|-----------------|

Aktenzeichen \_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters der Bedarfsgemeinschaft \_\_\_\_\_

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 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 gern behilflich.

### I. Persönliche Daten des Geschädigten

1. Name, Vorname des Geschädigten \_\_\_\_\_  
2. Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
3. Tag des Unfalls/Schadensereignisses \_\_\_\_\_  
4. Ort des Unfalls/Schadensereignisses \_\_\_\_\_  
5. Lebte die Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat, zum Zeitpunkt des Unfalls/Schadensereignisses mit der geschädigten Person in einer Haushaltsgemeinschaft?  Ja  Nein

| Name | Verwandtschaftsverhältnis |
|------|---------------------------|
|      |                           |
|      |                           |

Die weiteren Angaben sind notwendig, sofern die Frage 5 verneint wurde.

Art des Unfalls/Schadenseignisses:  
6.  Arbeitsunfall  Verkehrsunfall  sonstiges

Schildern Sie bitte möglichst ausführlich den Unfall bzw. Die Entstehung des Schadens.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## II. Daten zur Person, die den Unfall/Schaden verursacht hat

|  |          |
|--|----------|
| Vorname  | Nachname |
| Anschrift  |          |
| <b>Haftpflichtversicherung der vorgenannten Person</b> |          |
| Name des Haftpflichtversicherers                       |          |
| Anschrift  |          |
| Schadensnummer   |          |

## III. Schadensersatzansprüche

Hat die geschädigte Person bereits Ansprüche auf Schadensersatz erhoben?

Ja. Anspruchsgegner/in: \_\_\_\_\_  Nein

- 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.

|   |  |
|---|--|
| Name der Vertreterin/<br>des Vertreters |  |
| Anschrift                               |  |

Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.

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

## IV. Verletzungen

Welche Verletzungen hat die geschädigte Person erlitten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 vor, die aufgrund des Unfalls/Schadensereignisses erstellt wurden, und fügen Sie bitte die **Anlage Schweigepflichtsentbindung** bei.

## V. Unfall-/Schadensanzeige und Ermittlungsverfahren

Der Unfall/Schaden wurde von der Polizei aufgenommen.

|  |  |
|--|--|
| Dienststelle der Polizei<br>(mit Adresse), bei der der<br>Unfall/Schaden angezeigt wurde |  |
| Aktenzeichen   |  |
| Tagebuchnummer   |  |

Gegen die Verursacherin/den Verursacher wurde wegen des Unfalls/Schadensereignisses ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet.

|   |  |
|---|--|
| zuständige Staatsanwaltschaft/<br>zuständiges Gericht |  |
| Aktenzeichen  |  |

## VI. Sozialversicherung

Die geschädigte Person war zum Zeitpunkt des Unfalls/Schadensereignisses bei folgender Krankenversicherung (mit-)versichert.

| Name der Krankenversicherung | Krankenversicherungsnummer | Rentenversicherungsträger | Rentenversicherungsnummer |
|------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                              |                            |                           |                           |

## VII. Arbeitsunfall

Die geschädigte Person war zum Zeitpunkt des Unfalls bei folgendem Arbeitgeber beschäftigt

|  |  |
|--|--|
| Name des Arbeitgebers  |  |
| Anschrift des Arbeitgebers                                       |  |
| Unfallversicherung des Arbeitgebers (z. B. Berufsgenossenschaft) |  |

## VII. Verkehrsunfall

Die geschädigte Person benutzte während des Unfalls folgendes öffentliches Verkehrsmittel:

Bus                       Eisenbahn                       Straßenbahn                       \_\_\_\_\_

Die geschädigte Person war an dem Unfall als Fußgänger/in beteiligt.

Die geschädigte Person mit folgendem Fahrzeug an dem Unfall beteiligt:

Fahrrad                       Motorrad                       PKW/LKW                       \_\_\_\_\_

Die geschädigte Person war  Fahrer/in                       Mitfahrer/in

|  |  |
|--|--|
| Name der Fahrerin/des Fahrers                    |  |
| Anschrift der Fahrerin/des Fahrers               |  |
| Name der Halterin/des Halters des Fahrzeugs      |  |
| Anschrift der Halterin/des Halters des Fahrzeugs |  |
| Amtliches Kennzeichen                            |  |
| Name/Anschrift der Fahrzeugversicherung          |  |
| Schadensnummer                                   |  |

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

Fahrrad                       Motorrad                       PKW/LKW                       \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| Name des weiteren Verkehrsteilnehmers                     |  |
| Anschrift des weiteren Verkehrsteilnehmers                |  |
| Name der Halterin/des Halters des weiteren Fahrzeugs      |  |
| Anschrift der Halterin/des Halters des weiteren Fahrzeugs |  |
| Amtliches Kennzeichen des weiteren Fahrzeugs              |  |
| Name/Anschrift der Fahrzeugversicherung                   |  |
| Schadensnummer  |  |

## VII. Sonstiges Schadensereignis

Sportunfall

Der Unfall wurde  unabsichtlich     grob fahrlässig     vorsätzlich    verursacht.

Ärztlicher Kunstfehler

|  |  |
|--|--|
| Haftpflichtversicherung des Arztes/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.

---



---



---



---



---

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   |  |
| Halterin/Halter des Tieres                               |  |
| Anschrift  |  |
| Haftpflichtversicherung der Tierhalterin/des Tierhalters |  |
| Schadensnummer   |  |

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1c EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II verarbeitet. Siehe hierzu das „Informationsblatt Datenschutz“ sowie das „Merkblatt SGB II“.

**Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben; Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum                                      Unterschrift Antragstellerin/er                                      Ort/Datum                                      Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Antragstellerin/er

**Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum                                      Unterschrift Antragstellerin/er                                      Ort/Datum                                      Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Antragstellerin/er