



Bahnhofstr. 49/51  
36341 Lauterbach

# Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) - Arbeitslosengeld II/Sozialgeld -

**Anlage**

**Unfallfragebogen**

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 in Höhe der geleisteten Sozialleistungen.

Falls Ihnen 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.

## 1. geschädigte Person

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.** \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 ggf. bei wem \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer mit \_\_\_\_\_  
 Vorwahl (für Rückfragen) \_\_\_\_\_  
 Kundennummer BA \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## 2. Unfall/Schadensereignis

Unfalltag \_\_\_\_\_ Unfallort \_\_\_\_\_  
 Es handelt sich um  einen Arbeitsunfall  einen Verkehrsunfall  ein sonstiges Schadensereignis  
 Schildern Sie bitte möglichst ausführlich den Unfall bzw. die Entstehung des Schadens

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 3. Verletzung

3.1 Welche Verletzung haben Sie erlitten? (Soweit vorhanden fügen Sie bitte ärztliche Gutachten bei)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.2 Von welchen Stellen sind Sie untersucht, behandelt oder ist ein Gutachten erstellt worden? (Soweit vorhanden fügen Sie bitte diesbezüglich ärztliche Gutachten, soweit sie den Unfall / das Schadensereignis betreffen, und eine Entbindung der Schweigepflicht bei)

Name \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 4. Verursacher/Schädiger

4.1 Wer hat den Unfall/das Schadensereignis – ganz oder teilweise – verursacht?

Name: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

4.2 Geben Sie bitte die Haftpflichtversicherung des Verursachers oder Schädigers an.

Versicherung \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Schadens-Nr. \_\_\_\_\_

4.3  Zum Unfallzeitpunkt lebte der Verursacher/Schädiger mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft.

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

## 5. Unfallaufnahme

5.1 Welche Polizeibehörde hat den Unfall/das Schadensereignis ausgenommen?

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

5.2  Gegen einen Verursacher / Schädiger ist oder war ein Straf- oder Ermittlungsverfahren anhängig.

Name \_\_\_\_\_ bei Gericht bzw. Staatsanwaltschaft \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6. Unfalldaten

6.1  Es handelte sich um einen Verkehrsunfall.

Ich benutzte ein öffentliches Verkehrsmittel

Bus  Bahn  Straßenbahn  sonstiges \_\_\_\_\_

Ich war an dem Unfall als Fußgänger beteiligt

Ich war an dem Unfall mit einem Fahrzeug beteiligt

Fahrrad  Moped  PKW  LKW  sonstiges \_\_\_\_\_

amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_

Ich war Fahrer

Ich war Beifahrer/Insasse bei

Fahrer: Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Halter des

Fahrzeugs: Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versichert ist das Fahrzeug bei folgender

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Schadens-Nummer \_\_\_\_\_

Es war noch ein anderer Verkehrsteilnehmer / ein anderes Fahrzeug beteiligt

Fahrrad  Moped  PKW  LKW  sonstiges \_\_\_\_\_

amtliches Kennzeichen \_\_\_\_\_

Verkehrsteilnehmer

bzw. Fahrer: Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Halter des

Fahrzeugs: Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versichert ist das Fahrzeug bei folgender

Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_

Schadens-Nummer \_\_\_\_\_

6.2 sonstiges Schadensereignis

6.2.1  Es handelte sich um einen Sportunfall

der Unfall ereignete sich beim  Training  Wettkampf/Turnier

Sportart \_\_\_\_\_

Der Unfall wurde verursacht  unbeabsichtigt  grob fahrlässig  vorsätzlich

Schädiger: Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Folgende Haftpflichtversicherung wurde mir genannt \_\_\_\_\_

Schadens-Nummer \_\_\_\_\_

6.2.2  **Es handelte sich um einen ärztlichen Kunstfehler**

Folgende Haftpflichtversicherung wurde mir genannt \_\_\_\_\_  
Schadens-Nummer \_\_\_\_\_

Es ist ein Verfahren vor der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtschäden anhängig.

Anschrift der Schlichtungsstelle \_\_\_\_\_  
Schadens-Nummer \_\_\_\_\_

6.2.3  **Es handelte sich um Körperverletzung** (Tätliche Auseinandersetzung, Überfall o. ä.)

Bitte schildern Sie, bei welcher Gelegenheit Sie verletzt wurden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Verletzung wurde mir zugefügt  
von \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Strafanzeige wurde erstattet am \_\_\_\_\_ bei folgender Polizeidienststelle:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Schadens-Nummer: \_\_\_\_\_

6.2.4  **Es handelt sich um eine Verletzung durch Tiere**

Verkehrsunfall     Wildunfall     Bissverletzung

sonstige Ursache \_\_\_\_\_

Es handelt sich um ein Haustier, und zwar \_\_\_\_\_

Halter des Hautieres: Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Der Unfall wurde nicht gemeldet.

Der Unfall wurde dem Tierhalter gemeldet.

Folgende Haftpflichtversicherung wurde mir  
genannt: \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

Schadens-Nummer: \_\_\_\_\_

**7. Schadensersatz**

Ich habe bereits Ansprüche auf Schadensersatz erhoben gegen:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen.

Anerkennung durch den Versicherer (bitte Unterlagen mitbringen)

Es wurde am \_\_\_\_\_ ein Abfindungsvergleich geschlossen. (bitte Unterlagen mitbringen)

Klage wurde durch Urteil beendet. (bitte Unterlagen mitbringen)

Klage ist noch anhängig. Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Gericht: \_\_\_\_\_

**8. Arbeitgeber**

Ich stand zu dem Zeitpunkt des Unfalls in keinem Beschäftigungsverhältnis.

Zum Zeitpunkt des Unfalls war ich bei folgendem Arbeitgeber beschäftigt:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**9. Krankenkasse**

Bei welcher Krankenkasse waren Sie zum Zeitpunkt des Unfalls (mit-)versichert?

Name und Sitz: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

**10. Rentenversicherung**

Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

**11. Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft oder sonstiges ) des Betriebes**

Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

**12. Interessensvertreter**

Meine Interessen wurden/werden vertreten durch (z. B. Rechtsanwalt):

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**13. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau. Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige Angaben.**

Ich versichere, dass die Angaben zutreffen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift geschädigte Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in (falls geschädigte Person minderjährig)