

## Unfallanzeige

Nicht mit Bleistift ausfüllen!

Ausgabe 2008

### Personalien

Name ..... PLZ/Ort .....  
Vorname ..... Geburtsdatum .....  
Adresse ..... Tel. ....  
..... AHV-/Vers.-Nr. ....

### Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt des Unfalls

a.)  Kein Arbeitsverhältnis  Hausfrau/mann  Kind  Student/in  Rentner/in  Bezüger/in IV-Rente

b.)  Selbständigerwerbend (falls ein zusätzliches Arbeitsverhältnis besteht auch c.) ausfüllen)

c.)  Unselbständigerwerbend Adresse des Arbeitgebers: .....

Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche: .....

Beziehen Sie Arbeitslosengelder: .....

### Angaben zum Unfall

Wann hat sich der Unfall ereignet (Datum und Zeit)? .....

Wo hat sich der Unfall ereignet (genaue Ortsangabe)? .....

Unfallbeschreibung (Tätigkeit, als der Unfall passiert ist; Unfallverlauf; am Unfall beteiligte Personen, Maschinen, Gegenstände und Fahrzeuge):

.....  
.....  
.....  
.....

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen?  Ja  Nein

Wenn ja, von welcher Polizeistelle:

.....

Namen allfälliger Unfallzeugen: .....

.....

Trifft Sie ein Verschulden?  Ja  Nein

Wenn ja, welches? .....

.....

Sind andere Personen am Unfall beteiligt?  Ja  Nein

Wenn ja, wer? .....

.....

.....

## Angaben zur medizinischen Behandlung/Versorgung

---

Betroffener Körperteil: .....

links       rechts       unbestimmt

Art der Verletzung/genauere Beschreibung (z. B. Schnitte, Brüche, Verdrehung, Quetschung oder Erschütterung): .....

.....

Behandelnder Arzt/Zahnarzt/Spital: .....

.....

Besteht eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 7 Tagen?       Ja       Nein

Wenn ja, wie lange? .....

## Andere Versicherungen

---

Bestehen andere Unfallversicherungen?       Ja, welche?       Nein

Name und Adresse des Versicherers:

UVG Versicherung .....

Krankenkasse .....

Private Unfallversicherung .....

Andere .....

Sind Dritte haftpflichtig?       Ja       Nein

Wenn ja, wer (Name und Adresse)? .....

.....

Waren Motorfahrzeuge oder andere Fahrzeuge am Unfall beteiligt?       Ja       Nein

Wenn ja, welche (Angaben über Fahrzeug, Name und Adresse des Lenkers)? .....

.....

Erhalten Sie von anderen Versicherern eine Entschädigung?       Ja       Nein

Wenn ja welche?

.....

## Bemerkungen

---

.....

.....

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass unwahre Angaben oder Verheimlichungen den Entzug oder die Kürzung von Leistungen zur Folge haben können. Ich ermächtige die Krankenkasse Agrisano, die mit diesem Unfall zusammenhängenden Abklärungen bei Arzt, Spital, Arbeitgeber, Polizei, Gericht usw. vorzunehmen.

Ort und Datum

Unterschrift des Verunfallten oder des gesetzlichen Vertreters

**Diese Unfallanzeige ist unverzüglich der Krankenkasse Agrisano einzureichen!**