



Unfallanzeige

Wir bitten Sie, die Unfallanzeige vollständig ausgefüllt und unterzeichnet, innerhalb von 10 Tagen an die Agrisano Krankenkasse AG zu retournieren. Nur eine vollständig ausgefüllte Unfallanzeige ermöglicht eine speditive Bearbeitung des Falles und verhindert unnötige Rückfragen. Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Personalien

Name Vorname
Strasse, Nr. PLZ, Ort
Geburtsdatum Vers.-Nr.

Kontakt

Telefon Privat Tel. Geschäft
Mobile E-Mail

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen? Privat Geschäft Mobile
Kontaktperson bei Rückfragen?

Angaben zum Unfall

Wann hat sich der Unfall ereignet (Datum und Uhrzeit)?
Wo hat sich der Unfall ereignet (genaue Ortsangabe)?

Der Unfall ereignete sich auf dem Arbeitsweg bei der Arbeit in der Freizeit

Genaue und vollständige Beschreibung des Unfallherganges:

Angaben zur medizinischen Behandlung/Versorgung

Betroffener Körperteil: links rechts beidseits
Art der Verletzung/genaue Beschreibung (z.B. Schnitte, Brüche, Verdrehung, Quetschung oder Erschütterung):

Behandelnder Arzt/Zahnarzt/Spital:

Besteht eine Arbeitsunfähigkeit? ja nein Wenn ja, wie lange?

Weitere Angaben

Waren Motorfahrzeuge oder andere Fahrzeuge am Unfall beteiligt? ja nein

Wenn ja, Fahrzeug, Name und Adresse des Lenkers:



Wurde ein Polizeirapport aufgenommen? ja nein Wenn ja, Name und Adresse der Polizeidienststelle:

Namen und Adressen allfälliger Unfallzeugen:

Trifft Sie ein Verschulden? ja nein Wenn ja, welches?

Waren andere Personen am Unfall beteiligt? ja nein Wenn ja, Namen und Adressen:

Tätigkeit zum Zeitpunkt des Unfalles

Hausfrau/-mann

AHV-/IV-Rentner/in

Lehrling

Student/in

Angestellt

Selbständig

Bestand zum Zeitpunkt des Unfalles ein Angestellten- oder Lehrverhältnis? ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arbeitgebers:

Anzahl Arbeitsstunden pro Woche: Handelt es sich um den Familienbetrieb? ja nein

Wenn nein, bezogen/beziehen Sie Arbeitslosengelder? ja, von bis nein

Andere Versicherungen

Verfügen Sie, Ihr Arbeitgeber oder der Aushilfsbetrieb über andere Unfallversicherungen (z.B. Suva, Zusatzversicherung, Aushilfeversicherung usw.)? ja nein Wenn ja, Name und Adresse der Versicherung:

Policen-/Schaden-Nr.: Welche Leistungen sind durch diese Versicherung gedeckt?

Sind Dritte haftpflichtig? ja nein Wenn ja, Namen und Adressen:

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 Agrisano Krankenkasse AG, die mit diesem Unfall zusammenhängenden Abklärungen bei Arzt, Spital, Arbeitgeber, Polizei, Gericht usw. vorzunehmen.

Ort und Datum

Unterschrift des Verunfallten oder des gesetzlichen Vertreters

