

**SCHADENANZEIGE FÜR NICHT DEM UVG UNTERSTELLTE LANDWIRTSCHAFTLICHE AUSHILFEN**
**1 BETRIEB/BETRIEBSINHABER**
 Herr  Frau

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Telefon P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Bankkonto/Bank \_\_\_\_\_

Postcheckkonto \_\_\_\_\_

 Besteht für die Angestellten eine Unfallversicherung gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG)?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft oder Krankenversicherer? \_\_\_\_\_

**2 VERUNFALLTE AUSHILFE**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Bankkonto/Bank \_\_\_\_\_

Telefon P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Postcheckkonto \_\_\_\_\_

Im Betrieb tätig seit \_\_\_\_\_ Hauptberuf \_\_\_\_\_

 Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Selbstständig?  Ja  Nein

Bei Arbeitnehmer, Adresse des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

 Besteht eine private Unfallversicherung?  Ja  Nein Gesellschaft \_\_\_\_\_

 Mit Betriebsinhaber verwandt?  Ja  Nein Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

**3 ANGABEN ÜBER DEN UNFALL**

Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_

Ort des Unfalls? \_\_\_\_\_

Unfallhergang/Tätigkeit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 Wurde ein Polizeirapport aufgenommen?  Ja  Nein

Wenn ja, durch welche Stelle? \_\_\_\_\_

Bei Verschulden anderer Personen bitte Namen und Adresse der schuldigen Person angeben \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name und Adresse von allfälligen Zeugen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name/Adresse des erstbehandelnden Arztes/Spitals

---

---

---

---

Name/Adresse des nachbehandelnden Arztes/Spitals

---

---

---

---

**UNFALLFOLGEN**

Art der Verletzung?

---

Besteht Arbeitsunfähigkeit?

Ja  Nein Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Ist eine dauernde Invalidität zu erwarten?

---

Liegt ein Unfall mit Todesfolge vor?

Ja  Nein Wenn ja, wann ist der Tod eingetreten? \_\_\_\_\_

Welches sind die Hinterbliebenen (Kinder/Ehegatte) oder anspruchsberechtigten Personen?

---

---

**BEMERKUNGEN**

---

---

---

---

Die verunfallte Person bzw. ihr gesetzlicher Vertreter erklärt hiermit, die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Sie ermächtigt die SOLIDA, bei anderen Versicherungsträgern, Ärzten, Polizei- und Gerichtsstellen Auskünfte einzuholen.

Ort und Datum

Unterschrift der verunfallten oder anspruchsberechtigten Person

Unterschrift des Betriebsinhabers

---

Einzureichen an: Agrisano Stiftung  
Aushilfenversicherung  
Laurstrasse 10  
5201 Brugg AG 1

Agrisano Regionalstelle

Eingang Agrisano Stiftung

Berater/in