

SKADEANMELDELSE Ulykkestilfælde

FORSIKRINGSTAGER

Virksomhedens navn	Policenr.
Adresse	Kontaktperson
Postnr.	By

SKADELIDTE

Stilling	Reg. & Konto nr.
Navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr. og by
Telefon/Mobil	E-mail

ULYKKEN

Hvornår skete ulykken?	Dato	Klokkeslæt
Hvor skete ulykken? På arbejdspladsen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej I fritiden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under lønnet/ulønnet arbejde for andre? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Adresse	
Hvordan skete ulykken? (Det er vigtigt, at hændelsesforløbet er udførligt beskrevet)		
Hvad var årsagen til ulykken?		
Hvilken legemsdel(e) blev beskadiget ved ulykken?		
Hvilken skade er der sket? (F.eks. slag, forstuvning, brud m.v.)		

Er den/de skadede legemsdel(e) tidligere skadet? Ja Nej

Vil generne fortage sig? Ja Nej

Vil skaden medføre varige gener? Ja Nej

Hvis ja, hvilke?

POLITIRAPPORT

Var De påvirket af spiritus eller andre rusmidler, da ulykken skete? Ja Nej

Er der taget blod-/urinprøve? Ja Nej

Hvis ja, på hvilket hospital?

Er der optaget politirapport? Ja Nej

Hvis ja, på hvilken station?

ANDRE FORSIKRINGER (ANSVARSFORSIKRING, ARBEJDSKADFORSIKRING, SUNDHEDSFORSIKRING, ULYKKESFORSIKRING M.V.)

Er ulykken anmeldt til andre forsikringselskaber? Ja Nej

Hvis ja, hvilke?

Selskab	Police/skadenr.	Hvilken type forsikring?

Er De medlem af Sygeforsikringen Danmark? Ja Nej

Hvis ja, hvilken gruppe (1,2,5 eller 8)?

LÆGEBEHANDLING

Hvornår kom De under lægebehandling?	Dato	Klokkeslæt
Opgiv venligst behandlingssted, navn og adresse		
Hospital	Navn	
	Adresse	
Læge	Navn	
	Adresse	
Hvem er Deres sædvanlige læge?	Navn	
	Adresse	

Lægeligt vedlægges (skadestuejournal, journal eller anden lægelig dokumentation) (sæt x) Ja Nej

Lægeligt foreligger allerede hos andet selskab (sæt x) Ja Nej

Hvis ja, hvilket selskab og med hvilket skadenummer?

FORVENTNINGER TIL DÆKNING

Hvad er dine forventninger til dækning på ulykkesforsikringen? (sæt x)

Varigt mén Ja Nej

Behandling Ja Nej

Hvis ja, hvilken form for behandling?

Ingen forventning her og nu - anmelder blot for en sikkerheds skyld Ja Nej

Andet Ja Nej

Hvis ja, hvad?

UNDERSKRIFT

Underskrift	Sted og dato	Underskrift	Sted og dato
Firmaunderskrift og stempel (Kun ved arbejdsgivertegnet forsikring)		Skadelidtes underskrift (for børn under 18 år, værgens underskrift)	

