

## SKADEANMELDELSE KOLLEKTIV ULYKKE

### Husk at udfylde både side 1 og 2

Police-/skadenummer	Firma / forening	Personnummer/skadelidte
---------------------	------------------	-------------------------

### Besvares af forsikringstageren

Skadelidtes navn		Telefon privat/mobil	
Stilling	E-mail:		Telefon arbejde
Adresse		Postnr.	By
Hvor/hvornår skete ulykkestilfældet		Dato	Klokkeslæt
Sted			
Skete ulykkestilfældet i din fritid		I andres tjeneste	
Ja	Nej	Ja	Nej
		Selvstændig	
		Hvis ja, er skaden anmeldt til arbejdsskadeforsikringen?	
		Ja	Nej

### Ulykkestilfælde

Skadeårsag bedes besvaret med en klar beskrivelse af de omstændigheder, der fremkaldte skaden. Ved færdselsuheld bedes rids indtegnet eller vedlagt

---



---



---

Hvornår og af hvem blev den første lægehjælp som følge af skaden foretaget?

Hvis du har været på skadestuen, kan du med fordel vedlægge kopi af skadestuerapport.

Er du efterfølgende blevet lægeligt behandlet for skaden, og er der stillet diagnose?

Hvis ja, oplys venligst hvor, hvornår og diagnose.

Hvori består dine gener efter uheldet, og hvordan har udviklingen været?

---



---



---

Er der for aktuelle skade iværksat fysioterapeutisk – kiropraktisk eller anden behandling?

Hvis ja. Oplys venligst navn og adresse på behandleren.

Har du tidligere haft skader/sygdomme i den legemsdel (det område), der nu er beskadiget?

Hvis ja, oplys venligst hvilke, samt hvor og hvornår du har været behandlet herfor.

---



---



---

Har du tidligere modtaget erstatning for lignende skade? Hvis ja, oplys venligst hvornår og hvorfra.

---



---



---

Lider du af andre kroniske sygdomme? Hvis ja, oplys venligst hvilke.

---

## SKADEANMELDELSE KOLLEKTIV ULYKKE

Er der optaget politirapport Ja      Nej	Hvilken politistation
---	-----------------------

Var du påvirket på ulykkestidspunktet (herunder spiritus, rusmidler, medicin eller andet) Ja      Nej
--

Hvis ja, hvad havde du indtaget og hvor meget

### Ved færdselsskade

Fører	Hvor er bilen forsikret	Police- / reg.nr.	Modparts selskab	Police- / reg.nr.
Passager				

### Fællesoplysninger

Har du ulykkesforsikring i andre selskaber? Ja      Nej	Hvilket – selskab og policenr. bedes oplyst
Har du sundhedsforsikring? Ja      Nej	Selskab og policenr. bedes oplyst
Hvis ja, er uheldet anmeldt? Ja      Nej	Hvilken dato blev du taget under lægebehandling
Hvilken dato ophørte du med at arbejde?	Hvilken læge behandler dig
Er du medlem af Danmark? Ja      Nej	Medlems- og gruppenummer

Hvis vi skal udbetale erstatning har vi brug for dit

Pengeinstitut \_\_\_\_\_ Reg.nr. \_\_\_\_\_ Kontonr. \_\_\_\_\_

Jeg giver hermed Tryg fuldmagt /samtykke til at udveksle nødvendige helbredsoplysninger og andre relevante oplysninger om mig til brug for anerkendelse, vurdering og fastsættelse af erstatning i forbindelse med min personskade efter uheldet.

Dette kan ske med andre forsikringsselskaber, pensionskasser, læger, lægelige institutioner, tandlæger, Arbejdsskadestyrelsen eller andre offentlige og kommunale institutioner.

### Underskrift

Sted	Dato	Underskrift (Ikke hvis elektronisk udfyldt)
------	------	---