

Skadeanmeldelse for ulykke

Forsikringsselskab:

Policenr.:

Skadelidte

Stilling:

Navn:

Adresse:

Postnr.:

By:

Telefonnr. dag:

CPR-nr.:

Bank reg. nr og konto nr.:

Forsikringssum v. invaliditet:

Forsikringstager

- Forsikringstageren er den person/det firma, i hvis navn forsikringen er tegnet

Navn:

Adresse:

Postnr.:

By:

Telefonnr.:

Ulykken

Hvornår skete ulykken?

Dato og klokkeslæt:

Hvor skete ulykken?

På arbejdspladsen

Ja Nej

I fritiden

Ja Nej

Under lønnet/ulønnet arbejde for andre

Ja Nej

Adresse:

Hvordan skete ulykken?

Hvad var årsagen til ulykken?

Hvilke legemsdele blev beskadiget ved ulykken?

Ulykken - forsat

Var du under påvirkning af spiritus eller andre rusmidler i ulykkesøjeblikket? Ja Nej

Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger:

Var du fuldstændig rask og arbejdsdygtig da ulykken skete? Ja Nej

Hvis nej, hvorfor ikke?

Hvad er dit daglige arbejde?

Politirapport

Er der optaget politirapport? Ja Nej

Hvis ja, stationens navn?

Andre forsikringer - Ansvarsforsikring, arbejdsskadeforsikring, ulykkesforsikring (f.eks. via fagforbund)?

Er ulykken anmeldt til andre forsikringsselskaber? Ja Nej

Hvis ja, hvilke?

Selskab: _____ Policenr.: _____

Selskab: _____ Policenr.: _____

Selskab: _____ Policenr.: _____

Lægebehandling m.v.

Hvornår kom du under behandling? _____ Dato og klokkeslæt: _____

Opgiv behandlingssted – sæt kryds:

Læge: Navn _____

Adresse _____

Hospital: Navn _____

Adresse _____

Andet: Navn _____

Adresse _____

Hvem er din sædvanlige læge?

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Er du medlem Sygeforsikringen danmark? Ja Nej

Hvilken gruppe (1, 2, 5, 8) ? _____

Underskrift

Jeg erklærer, at mine besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at erstatningen nedsættes eller helt bortfalder. Jeg samtykker i, at involverede selskaber kan søge oplysninger hos de læger, lægelige institutioner, forsikringselskaber samt offentlige myndigheder som kan bidrage til en korrekt bedømmelse af min tilstand, samt at involverede selskaber kan gøre disse bekendt med det, der er oplyst til involverede selskaber.

Den / -20

Skadelidtes underskrift
(For børn under 18 år: Værges underskrift)