

alka

Skadenr.	
<i>Hvis du oplyser din e-mailadresse, betyder det, at du giver samtykke til, at vi må sende breve til dig om skaden via e-mail. Du skal vide, at brevene kan indeholde personfølsomme oplysninger.</i>	
E-mail	
Brug venligst BLOKBOGSTAVER	

Underskrift fra forsikrede
 Jeg erklærer herved, at spørgsmål i skadeanmeldelsen er besvaret efter min bedste viden og overbevisning.

Dato:	Underskrift:
-------	--------------

0709:25

Alle spørgsmål / afsnit skal udfyldes af tilskadekomne

Beskrivelse af ulykkestilfældet	Hvornår skete ulykkestilfældet? dag, den / år kl. (0 - 24)		
	Hvor skete ulykkestilfældet?		
Beskrivelse af skaden og hændelsen	Hvad er der sket af personskaade?		
	Hvordan kom du til skade? (Beskriv hændelsen så det klart fremgår, hvad der skete og hvad der var den direkte årsag til skaden)		
Lægehjælp	Hos hvem og hvornår blev du behandlet/undersøgt 1. gang efter skaden?	Hos: Angiv navn og adresse på behandlingssted	
		Dato:	
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, hos hvem, navn og adresse samt hvornår?	
		Dato:	
Helbred/Tidligere skader	Var du syg/sygemeldt på skadetids-punktet, altså før skadens indtræden? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, på grund af hvad?	
	Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, hvilken sygdom?	
		Hvornår opstod sygdommen (årstal)	
	Har du før uheldet haft behandlingskrævende gener på nu skadet/skadede legemsdel/legemsdele? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, hvilken?	
		Hvornår (årstal) opstod generne, og hvor blev du behandlet?	
		Hvordan opstod generne? Beskriv eventuelle varige følger:	
	Har du søgt eller modtaget pension for eventuel tidligere lidelse/sygdom eller skade? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, for hvilken lidelse, sygdom eller skade?	
		Hvornår? (årstal)	Fra hvilken kommune?
	Har du søgt eller modtaget erstatning for eventuel tidligere skade? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, for hvilken skade?	
		Hvornår? (årstal)	Oplys eventuel ménggrad:
		Fra hvilket selskab? (navn og skadenr.)	

Egen læge	Hvem har du som læge?		Navn, Adresse, Postnr. og By (Evt. telefonnummer)	
Skete skaden: (sæt kryds):	I fritiden ☐	Under arbejde for arbejdsgiver ☐		
	På arbejdsgivers område ☐	Ærinde for arbejdsgiver ☐		
	Som selvstændig (eget erhverv) ☐	Under militærtjeneste ☐		
	☐ Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)			
	Hvem arbejdede du for?			
	Hvad var aftalt omkring arbejdets omfang?			
	☐ I fritidslandbrug		Er du momsregistreret?	☐ ja
Andre oplysninger	☐ Under lønnet sport (d.v.s. du har spilleraftale/kontrakt)		Overstiger løn/vederlag/anden indkomst kr. 50.000 årligt?	☐ ja ☐ nej
	Havde du indenfor det sidste døgn inden skaden, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lign.?		Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget?	
	☐ ja ☐ nej			
	Er der foretaget blod/urinprøve?		☐ ja ☐ nej	
Politi	Er der optaget politirapport ?		Hvis ja, af hvilken station og journalnummer?	
	☐ ja ☐ nej			
Trafikskade (sæt kryds)	Var du fører eller passager?		☐ fører	☐ passager
	I bil ☐			
	På motorcykel ☐			
	På knallert/scooter ☐		Under 50 ccm ☐	Over 50 ccm ☐
	Andet ☐		Hvad:	
Danmark	Er du medlem af sygeforsikringen "danmark"? ☐ ja, hvilken gruppe? ☐ nej			
Andre forsikringer (sæt kryds)	Er uheldet anmeldt til eller bliver anmeldt til en eller flere af følgende forsikringer? ☐ ja ☐ nej			
	Hvis ja, hvornår?:			
	☐ Ulykke (herunder reiseulykke)	Selskab	Skade/Ref.nr.	
	☐ Dansk Tandforsikring		Skade/Ref.nr.	
	☐ Sundhedsforsikring	Selskab	Skade/Ref.nr.	
	☐ Modparts ansvarsforsikring	Selskab	Skade/Ref.nr.	
	☐ Anden ansvarsforsikring	Selskab	Skade/Ref.nr.	
	☐ Arbejdsskadeforsikring	Selskab	Skade/Ref.nr.	
Krav/ Forventninger	Hvad er din umiddelbare forventning til forsikringsdækning i forbindelse med skaden? (sæt 1 eller flere krydser)		☐ Dækning af eventuelle varige mén.	
			☐ Fysioterapi: skal være lægeordineret / omfattet af den offentlige sygesikring.	
			☐ Kiropraktorbehandling: skal være omfattet af den offentlige sygesikring.	
			☐ Tandskade	
			☐ Erstatningsrejse (Dokumentation skal vedlægges)	