

SKADEANMELDELSE / ULYKKESFORSIKRING

Husk at udfylde både side 1 og 2

Police-/skadenummer 882-20.412 DIP	Personnummer/skadelidte	Gruppe-nr. 0412
--	-------------------------	--------------------

Besvares af forsikringstageren

Skadelidtes navn		Telefon privat/mobil	
Stilling		Telefon arbejde	
Adresse	Postnr.	By	
Hvor/hvornår skete ulykkestilfældet	Dato	Klokkeslæt	
Sted			
Skete ulykkestilfældet i din fritid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I andres tjeneste <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Selvstændig	Hvis ja, er skaden anmeldt til arbejdsskadeforsikringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 / ULYKKESFORSIKRING

Police-/skadenummer 882-20.412 DIP		Personnummer/skadelidte	Gruppe-nr. 0412		
Er der optaget politirapport <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvilken politistation			
Var du påvirket på ulykkestidspunktet (herunder spiritus, rusmidler, medicin eller andet) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?		Hvilket – selskab og policenr. bedes oplyst			
Har du sundhedsforsikring?		Selskab og policenr. bedes oplyst			
Hvis ja, er uheldet anmeldt?		Hvilken dato blev du taget under lægebehandling			
Hvilken dato ophørte du med at arbejde?		Hvilken læge behandler dig			
Er du medlem af Danmark?		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			

Anmeldelsen indsendes i udfyldt og underskrevet stand til
Tryk Forsikring A/S, Gruppeforsikringsafdelingen, Klausdalsbrovej 601, 2750 Ballerup