

SKADEANMELDELSE – Ulykke Mén

Forsikrings- tager	Firma Navn:	
	Adresse:	Postnr. og by:
	CVR Nr.:	Telefonnr.:
	E-mail adresse:	
	Police nr.	
	Kontaktperson:	

Skadelidte	Navn:	
	Adresse:	Postnr. og by:
	Cpr.nr.:	Telefonnr.:
	E-mail adresse:	
	Medlem af "danmark": <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvilken gruppe?	
	Oplys venligst reg.nr. og kontonr. til dit pengeinstitut, til brug for evt. skadeudbetaling. Oplysningerne behandles fortroligt.	
	Reg.nr:	Kontonr:

Skade- oplysninger	Skadested:									
	Skaden sket:	dag / 20 kl.								
	Hvordan skete skaden?									
	Hvad var årsagen til at ulykken skete?									
	Ulykken skete: <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> I fritiden</td> <td><input type="checkbox"/> Under arbejde for arbejdsgiver</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> På arbejdsgivers område</td> <td><input type="checkbox"/> Ærinde for arbejdsgiver</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Som selvstændig (eget erhverv)</td> <td><input type="checkbox"/> På vej til/fra arbejde</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> I fritiden	<input type="checkbox"/> Under arbejde for arbejdsgiver	<input type="checkbox"/> På arbejdsgivers område	<input type="checkbox"/> Ærinde for arbejdsgiver	<input type="checkbox"/> Som selvstændig (eget erhverv)	<input type="checkbox"/> På vej til/fra arbejde	<input type="checkbox"/> Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)	
	<input type="checkbox"/> I fritiden	<input type="checkbox"/> Under arbejde for arbejdsgiver								
<input type="checkbox"/> På arbejdsgivers område	<input type="checkbox"/> Ærinde for arbejdsgiver									
<input type="checkbox"/> Som selvstændig (eget erhverv)	<input type="checkbox"/> På vej til/fra arbejde									
<input type="checkbox"/> Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)										
Hvis ja, hvem arbejdede du for?										
Hvad var dit daglige arbejde da ulykken skete?										

	<p>Var De påvirket af nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lignende, da ulykken skete? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget?</p>
	<p>Er der foretaget blodprøve/urinprøve? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvor?</p>

Politi	<p>Er politirapport foretaget? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken station:</p>
---------------	--

Læge- behandling m.v.	Hvilke legemsdele er beskadiget ved ulykken?
	Hvor blev du undersøgt første gang efter skaden? Hos: _____ Hvornår? Den ____ / ____
	Blev der tilkaldt ambulance ved ulykken?
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hos hvem? _____ Hvornår? Den ____ / ____
	(skriv også hvis der er planlagt operation)
	Hvis du selv har kopi af journaler fra din læge, skadestue, sygehus eller privathospital, skal disse vedlægges.
Har du været sygemeldt i forbindelse med ulykken? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, i hvilken periode?	

Tidligere lidelser	<p>Var du fuldstændig rask og arbejdsdygtig da ulykken skete? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis nej, hvorfor?</p>
	<p>Har du søgt eller modtager du pension? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, for hvilken lidelse, sygdom eller skade? Hvornår? _____ Fra hvilken kommune?</p>
	<p>Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke?</p>
	<p>Er du tidligere blevet undersøgt/behandlet hos læge, fysioterapeut, kiropraktor eller lignende? Hos: _____ Hvornår?</p>
	Hvilken lidelse blev du undersøgt/behandlet for?
	Hvem er din læge? (Navn, adresse, postnr. og by)

Tidligere skader	Har du tidligere været udsat for et ulykkestilfælde? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvornår? Hvilken legemsdel?	
	Har du modtaget erstatning herfor? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, fra hvilket selskab?	
	Skadenr.?	Méngrad?
	Her kan du skrive, hvis du har yderligere oplysninger omkring dine helbredsforhold.	

Andre forsikringer	Er ulykken anmeldt i andre forsikringsselskaber? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
	Hvis ja, hvilke?	
	Selskab	Type af forsikring

