

Forsikringstager



Stilling	
Navn	
Adresse	
Postnr & by	

Policenr.	
Fødselsdato	
Telefon	
<small>Når du oplyser din e-mailadr., betyder det at du giver samtykke til at vi må sende breve til dig om skaden via e-mail.</small>	
E-mail	

Anmeldelse af ulykkestilfælde

Tilskadekomne (Hvis anden end Forsikringstager)	Navn		CPR.nr.
	Adresse		Telefon nr.
	Postnr.	By	Mobil nr.
Arbejde/erhverv - Skal udfyldes uanset alder	Hvad var dit daglige arbejde/erhverv på skadestidspunktet?		
	I hvilken branche arbejdede du?		
	Hvor mange timer arbejdede du om ugen på skadestidspunktet? Hovederhverv: _____ timer. Bierhverv: _____ timer.		
Beskrivelse af skaden og hænderen	Hvornår skete ulykkestilfældet _____, den ____ / ____ år Kl. (0-24) _____		
	Hvor skete ulykkestilfældet ?		
	Hvad er der sket af personskade?		
	Hvordan kom du til skade ? (beskriv hændelsen så det klart fremgår, hvad der var den direkte årsag til skaden)		
Lægehjælp Helbred / tidligere skader	Hos hvem og hvornår blev du behandlet 1. gang efter skaden		Hos: Angiv navn og adresse samt hvornår? Dato:
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja, hos hvem, navn og adresse samt hvornår? Dato:
	Var du syg/sygemeldt på skadestidspunktet, altså før skadens indtræden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja, på grund af hvad?
	Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja, hvilken sygdom? Hvornår opstod sygdommen (årstal)
	Har du før uheldet haft behandlingskrævende gener på nu skadet/skadede legemsdel/legemsdele? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja, hvilke Hvornår (årstal) opstod generne og hvor blev du behandlet? Hvordan opstod generne? Beskriv eventuelle varige følger:

Helbred/ Tidligere skader	Har du søgt eller modtaget pension for eventuel tidligere lidelse/sygdom eller skade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, for hvilken lidelse, sygdom eller skade? Hvornår? (årstal) Fra hvilken kommune?
	Har du søgt eller modtaget erstatning for eventuel tidligere skade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, for hvilken skade? Hvornår? (årstal) Oplys eventuel méngrad:
		Fra hvilket selskab? (navn og skadenr.)
Egen læge	Hvem har du som læge?	Navn adresse. Postnr. og By (evt. telefonnummer)
Skete skaden:	I fritiden <input type="checkbox"/>	Under arbejde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>
	På arbejdsgivers område <input type="checkbox"/>	Ærinde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>
	Under militærtjeneste <input type="checkbox"/>	Som selvstændig (eget erhverv) <input type="checkbox"/>
	Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn) <input type="checkbox"/>	
	Hvem arbejdede du for?	
	Hvad var aftalt omkring arbejdets omfang?	
<input type="checkbox"/> I fritidslandbrug	Er du momsregisteret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Under lønnet sport (dvs. du har spilleraftale/kontrakt)	Overstiger løn/vederlag/anden indkomst kr. 50.000 årligt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Andre oplysninger	Havde du indenfor det sidste døgn inden skaden, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lign. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget
	Er der foretaget blod/urinprøve? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Politi	Er der optaget politirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, af hvilken station og journalnummer?
Trafikskade	Var du fører eller passagerer? <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passagerer	
	I bil <input type="checkbox"/>	
	På motorcykel <input type="checkbox"/>	
	På knallert/scooter <input type="checkbox"/>	Under 50 ccm <input type="checkbox"/> Over 50 ccm <input type="checkbox"/>
Andet <input type="checkbox"/>	Hvad	
Danmark	Er du medlem af sygesikringen "danmark" <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvilken gruppe? <input type="checkbox"/> Nej
Andre forsikringer	Er uheldet anmeldt til eller bliver anmeldt til en eller flere af følgende forsikringer : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	hvis ja hvornår ?
	<input type="checkbox"/> Ulykke	Selskab _____ Skade/ref.nr. _____
	<input type="checkbox"/> Tandforsikring	Selskab _____ Skade/ref.nr. _____
	<input type="checkbox"/> Sundhedsforsikring	Selskab _____ Skade/ref.nr. _____
	<input type="checkbox"/> Modparts ansvarsforsikring	Selskab _____ Skade/ref.nr. _____
	<input type="checkbox"/> Anden ansvarsforsikring	Selskab _____ Skade/ref.nr. _____
	<input type="checkbox"/> Arbejdsskadeforsikring	Selskab _____ Skade/ref.nr. _____

Krav/ Forventninger	Hvad er din umiddelbare forventning Til forsikringsdækning i forbindelse med skaden? (sæt 1 eller flere krydser)	<input type="checkbox"/> Dækning af eventuelle varige mén <input type="checkbox"/> Fysioterapi: skal være lægeordineret/omfattet af den offentlige sygesikring <input type="checkbox"/> Kiropraktorbehandling: skal være omfattet af den offentlige sygesikring. <input type="checkbox"/> Tandskade <input type="checkbox"/> Erstatningsrejse
--------------------------------	--	---

Underskrift	Indsendes til selskabet _____ den ____ / _____
--------------------	---

FP 602 Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed

Jeg giver hermed samtykke til, at

- ABCForsikring må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som ABCforsikring finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling
- de, som ABCforsikring indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som ABCforsikring har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringselskaber, Pensionskasser, Erstatningsnævnet og Patientforsikringen
- Følgende eksterne samarbejdspartnere, som udfører opgaver for ABCforsikring i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet.
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor ABCforsikring har taget stilling til mit krav.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berettiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked hver gang ABCforsikring indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Dato	Underskrift	Fødselsdato
------	-------------	-------------