

**Skadeanmeldelse
Ulykkesforsikring**

Reserve (udfyldes af selskabet:

Policenr.:

Tilskadekomne	Stilling	Telefon nr.
	Navn	Cpr.-nr.
	Adresse	Forsikringssum v/invaliditet
	Postnr./by	Bank info – reg. nr. og konto nr.
Forsikringstager (forsikringstageren er den person/det firma, i hvis navn forsikringen er tegnet)	Navn	
	Adresse	
	Postnr./by	
	Tlf. nr.	
Ulykken	Hvornår skete ulykken: ____ / ____ 20 __, kl. _____	
	Hvor skete ulykken? _____	
	På arbejdspladsen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	I fritiden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Under lønnet / ulønnet arbejde for andre?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Hvordan skete ulykken? _____ _____ _____ _____	
	Hvad var årsagen til ulykken? _____ _____ _____	
	Hvilke legemsdele blev beskadiget ved ulykken? _____ _____ _____	
	Var de under påvirkning af spiritus eller andre rusmidler i ulykkesøjeblikket? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Hvis JA, udbedes nærmere oplysninger: _____ _____ _____	
	Var du fuldstændig rask og arbejdsdygtig da ulykken skete? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Hvis NEJ, hvorfor? _____ _____ _____	
Hvad er dit daglige arbejde? _____		

Politirapport	Er der optaget politirapport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Stationens navn? _____
Andre forsikringer (Ansvarsforsikring, arbejdsskadeforsikring, ulykkesforsikring (f.eks. via fagbund))	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Hvis JA, hvilke? Selskab _____ Policentr. _____ Selskab _____ Policentr. _____ Selskab _____ Policentr. _____
Lægebehandling m.v.	Hvornår kom du under behandling? ____ / ____ 20 ,kl. ____
Opgiv behandlingssted – navn og adresse	Læge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Navn _____ Adresse _____
	Hospital <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Navn _____ Adresse _____
	Andet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Navn _____ Adresse _____
	Hvem er din sædvanlige Læge? Navn _____ Adresse _____ Postnr./by _____
	Er du medlem af Sygesikringen Danmark? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Hvilken gruppe (1, 2, 5, 8)? ____
Underskrift	<p>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 ETU FORSIKRING kan søge oplysninger hos de læger, lægelige institutioner, forsikringsselskaber samt offentlige myndigheder som kan bidrage til en korrekt bedømmelse af min tilstand, samt at ETU FORSIKRING kan gøre disse bekendt med det, der er oplyst til ETU FORSIKRING.</p> <p>If the accident has been reported to the police and to the Danish National Board and Industrial Injuries, I also give ETU FORSIKRING permission to gather information from these sources.</p> <p>Den ____ / ____ 20</p> <p>_____</p> <p>Firma underskrift + stempel Kun v/ arbejdsgivertegnet forsikring</p> <p>_____</p> <p>Tilskadekomnes underskrift (for børn under 18 år, værges underskrift)</p>