

SKADEANMELDELSE KOLLEKTIV ULYKKE

Husk at udfylde både side 1 og 2

Police-/skadenummer: 682-100.000.778 Centralforeningen for Stampersonel	Personnummer/skadelidte:	Betingelsesnummer: KU1704
--	--------------------------	-------------------------------------

Besvares af forsikringstageren

Skadelidtes navn		Telefon privat/mobil
Stilling		Telefon arbejde
E-mail:	Foretrækker du kommunikation om skaden på Mail <input type="checkbox"/> Pr. alm post <input type="checkbox"/>	
Adresse	Postnr.	By
Hvor/hvornår skete ulykkestilfældet	Dato / klokkeslæt	Hvilken legemsdel blev ramt, og hvori bestod beskadigelsen?
Sted		
Skete ulykken i Danmark? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvis nej, oplys dato for udrejse
Skete ulykkestilfældet i din fritid	I andres tjeneste	Hvis ja, er skaden anmeldt til arbejdsskadeforsikringen?
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Selvstændig <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Ulykkestilfælde

Skadeårsag bedes besvaret med en klar beskrivelse af de omstændigheder, der fremkaldte skaden.

Hvornår og af hvem blev den første lægehjælp som følge af skaden foretaget?

Har du en skadestuerapport, vil vi bede dig om at vedlægge / vedhæfte den?

Er du efterfølgende blevet behandlet af en læge i forbindelse med skaden, og er der stillet en diagnose? Ja Nej

Hvis ja, oplys venligst hvor
og diagnosen.

Hvilke gener har du efter uheldet, og hvordan har udviklingen været?

Er du opereret? Ja Nej

Har du været indlagt? Ja Nej Hvis ja, hvor har du været indlagt? Hvis ja, hvor længe har du været indlagt? (oplys perioden)

Får du, har du fået eller skal du have behandling af fysioterapeut, kiropraktor eller anden behandler i forbindelse med skaden? Ja Nej Ikke afklaret

Hvis ja, oplys venligst navn og adresse på behandleren.

Navn:

Adresse:

Postnr:

By:

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.

Police / skadenummer:

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.

Er der optaget politirapport?

Ja Nej

Hvilken politistation?

Var du påvirket på ulykkestidspunktet (herunder spiritus, rusmidler, medicin eller andet)

Ja Nej

Hvis ja, hvad havde du indtaget og hvor mange genstande?

Ved færdselsskade

Som fører

Hvor er bilen forsikret?

Police-/reg.nr.

Modparts selskab

Police-/reg.nr.

Som passager

Fællesoplysninger

Navn på egen læge:

Adresse på egen læge:

Postnr. By:

Har du ulykkesforsikring i andre selskaber?

Ja Nej

Hvilket – selskab og policenr. bedes oplyst

Har du sundhedsforsikring?

Ja Nej

Selskab og policenr. bedes oplyst

Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark?

Ja Nej

Gruppenummer

Kontonummer

Hvis vi skal betale erstatning har vi brug for dit kontonummer

Reg.nr.

Kontonr.

Underskrift

Sted

Dato

Underskrift

Policenummer: (skal udfyldes af kunden): _____

Skadedato: (skal altid udfyldes): _____

FP003 Samtykke: Når jeg er kommet til skade eller er blevet syg

Skadeforsikring (ekskl. forsikring ved visse kritiske sygdomme og sundhedsforsikring)

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Tryg i forbindelse med behandlingen af min sag må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er nødvendige for selskabets vurdering af min sag, og at Tryg i den forbindelse må videregive oplysninger til identifikation af mig og min forsikrings sag til dem, som selskabet indhenter de relevante oplysninger fra. Selskabet præciserer over for den, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

Tryg kan med dette samtykke indhente relevante oplysninger fra følgende aktører, som jeg har været, er eller vil komme i kontakt med i nedenstående periode:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse samt laboratorier, ambulatorier og klinikker.
- Speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.
- Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring (den tidligere Arbejdsskadestyrelse).
- Min nuværende og tidligere bopælskommune.
- Andre forsikringsselskaber.
- Politiet.
- Øvrige aktører, som jeg har oplyst Tryg om i forbindelse med behandlingen af min sag.

De nævnte aktører kan med dette samtykke videregive de relevante oplysninger til Tryg.

Hvem kan de indhentede oplysninger videregives til?

Tryg kan med dette samtykke videregive de indhentede oplysninger til følgende aktører, som hjælper Tryg med behandlingen af min sag:

- Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring (den tidligere Arbejdsskadestyrelsen).
- Speciallæge, som skal udarbejde en speciallægeerklæring.
- Min nuværende og tidligere bopælskommune.
- Attestbooking webservice, www.attestbooking, til brug for at bestille evt. speciallægeerklæring og sende lægelige oplysninger til den valgte speciallæge.

Hvilke oplysninger kan behandles?

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger: Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet. Oplysninger om sociale og økonomiske forhold. Politirapporter, taksatorrapporter og relevante skadesanmeldelser i andre forsikringsselskaber.

For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 5 år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor Tryg har taget stilling til min sag.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Tryg med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

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

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

..... den

CPR

Underskrift/navn