

## SKADEANMELDELSE KOLLEKTIV ULYKKE

### Husk at udfylde både side 1 og 2

Police-/skadenummer 882-3.000.001.798	Firma / forening Centralfor. for Stampersonel	Personnummer/skadelidte
------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------

### Besvares af forsikringstageren

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

### 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 KOLLEKTIV ULYKKE

Er der optaget politirapport Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvilken politistation
Var du påvirket på ulykkestidspunktet (herunder spiritus, rusmidler, medicin eller andet) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, hvad havde du indtaget og hvor meget	

### Ved færdselsskade

<input type="checkbox"/> Fører	Hvor er bilen forsikret	Police- / reg.nr.	Modparts selskab	Police- / reg.nr.
<input type="checkbox"/> Passager				

### Fællesoplysninger

Har du ulykkesforsikring i andre selskaber? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvilket – selskab og policenr. bedes oplyst
Har du sundhedsforsikring? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Selskab og policenr. bedes oplyst
Hvis ja, er uheldet anmeldt? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvilken dato blev du taget under lægebehandling
Hvilken dato ophørte du med at arbejde?	Hvilken læge behandler dig
Er du medlem af Danmark? Ja                      Nej	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 forsikringselskaber, pensionskasser, læger, lægelige institutioner, tandlæger, Arbejdsskadestyrelsen eller andre offentlige og kommunale institutioner.

### Underskrift

Sted	Dato	Underskrift (Ikke hvis elektronisk udfyldt)
------	------	---------------------------------------------

Hvis anmeldelsen udfyldes elektronisk kan den gemmes på egen computer.

I emnefeltet bedes noteret "882-3.000.001.798 - Ny skade" når anmeldelsen returneres til CS