



Skadeanmeldelse

Ulykke

Anmeldelsen skal downloades til din egen computer og herefter udfyldes og underskrives elektronisk.

Den udfyldte anmeldelse skal sammen med relevante bilag sendes på e-mail til din sædvanlige kontaktperson hos WTW. Din kontaktperson vil herefter sørge for at anmelde skaden overfor forsikringsselskabet.

Oplysninger om virksomheden

Virksomheden			
Forsikringstager / firmanavn:			
Kontaktperson:	Navn:	Telefon:	E-mail:
Forsikringsselskab:			
Policenummer:			

Oplysninger om skadelidte

Skadelidte	
Navn:	CPR-nummer:
Adresse:	Postnummer og by:
Telefonnummer:	E-mail:
Hvad er dit daglige arbejde?	

Oplysninger om ulykken

Ulykken		
Skadedato:	Tidspunkt:	Skadested:
Hvor skete ulykken?	I fritiden På arbejdet (lønnet / ulønnet)	Hvis skaden sker på arbejdet, oplys navn og adresse på arbejdsgiver:

Ulykken

Beskriv, hvordan ulykken skete, og hvad der var årsagen:

Hvis skaden sker på arbejdet

Hvilket arbejde udførte du, da skaden skete:

Skaden er anmeldt som en arbejdsskade

Hvis kryds i ovenstående, oplys forsikringsselskab og policenummer:

Alkohol, medicin, rusmidler

Påvirkning

Var skadelidte påvirket af nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lignende, da ulykken skete?

Ja

Nej

Hvis ja, hvad og hvor meget?

Blev der foretaget blod- eller urinprøve ifm. ulykken?

Ja

Nej

Hvis ja, hvor blev blodprøven foretaget?

Hvad er beskadiget og behandlet

Beskadiget

Hvilke legemsdele er beskadiget?

Hvordan er legemsdelen beskadiget?

Hvilken dato fik du første undersøgelse / behandling?

Oplysninger om tidligere skader eller sygdom

Tidligere tilfælde			
Var du fuldstændig rask, da skaden skete?	Ja	Nej	Hvis nej, beskriv hvorfor ikke:
Lider du af kronisk eller længerevarende sygdom?	Ja	Nej	Hvis ja, hvilke(n):
Har du tidligere haft skader, behandlingskrævende gener eller sygdom i den legemsdel, der nu er beskadiget?	Ja	Nej	Hvis ja, angiv beskrivelse og hvornår:
Hvis ja til ovenstående, angiv hvornår og hvilke følger, det har medført:			
Blev skaden dengang anmeldt til et forsikringselskab?	Ja	Nej	Hvis ja, oplys policenummer / navn på forsikringselskab:

Lægebehandling

Skaden			
Hvornår kom du under lægebehandling?	Dato:	Tidspunkt:	
Hvor skete behandlingen?	Læge Hospital Andet	Oplys navn og adresse på behandlingssted:	
Er der sket en efterfølgende behandling?	Nej Læge Hospital Andet	Oplys navn og adresse på behandlingssted:	
Navn på praktiserende læge:	Adresse:		Telefon:

Oplysninger om forsikring i andet forsikringsselskab

Oplysninger			
Er du forsikret mod ulykke i et andet forsikringsselskab?	Ja	Nej	<i>Hvis ja, oplys forsikringsselskab og policenummer nedenfor</i>
Forsikringsselskab:			Policenummer:

Ved trafikulykke

Oplysninger			
Var du	Fører Passager	<i>Hvis kryds i "Fører", skal kopi af kørekort vedlægges</i>	
Med hvilket køretøj skete ulykken?	Bil Motorcykel Knallert 30 Knallert 45 Andet	<i>Hvis kryds i "Andet", oplys køretøjstype:</i>	
Er ulykken anmeldt til køretøjets motoransvarsforsikring?	Ja	Nej	<i>Hvis ja, oplys forsikringsselskab og policenummer nedenfor</i>
Forsikringsselskab:			Policenummer:
Er der en modpart?	Ja	Nej	<i>Hvis ja, oplys data på modparten nedenfor</i>
Navn på modpart:			Adresse:
Forsikringsselskab:			Police eller registreringsnummer:

Politirapport

Er der optaget politirapport?	Ja	Nej	Hvis ja, oplys politirapport-nummer:
-------------------------------	----	-----	--------------------------------------

Sygeforsikringen Danmark

Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark?	Ja	Nej	Hvis ja, oplys hvilken gruppe du er i:
-------------------------------------------	----	-----	----------------------------------------

Samtykke og bekræftelse af oplysningernes rigtighed og fuldstændighed

Jeg bekræfter, at ovenstående oplysninger er sande og korrekte ud fra min bedste viden og overbevisning, og jeg har ikke tilbageholdt nogen form for information i forbindelse med denne skadeanmeldelse.

Herudover er jeg bekendt med, at forsikringssselskabet ikke dækker skader konstateret før forsikringens ikrafttræden, og jeg er indforstået med at forsyne forsikringssselskabet med yderligere informationer, hvis dette er nødvendigt, og at denne skadeanmeldelse ikke automatisk fører til en erstatning.

Digitalt underskrevet

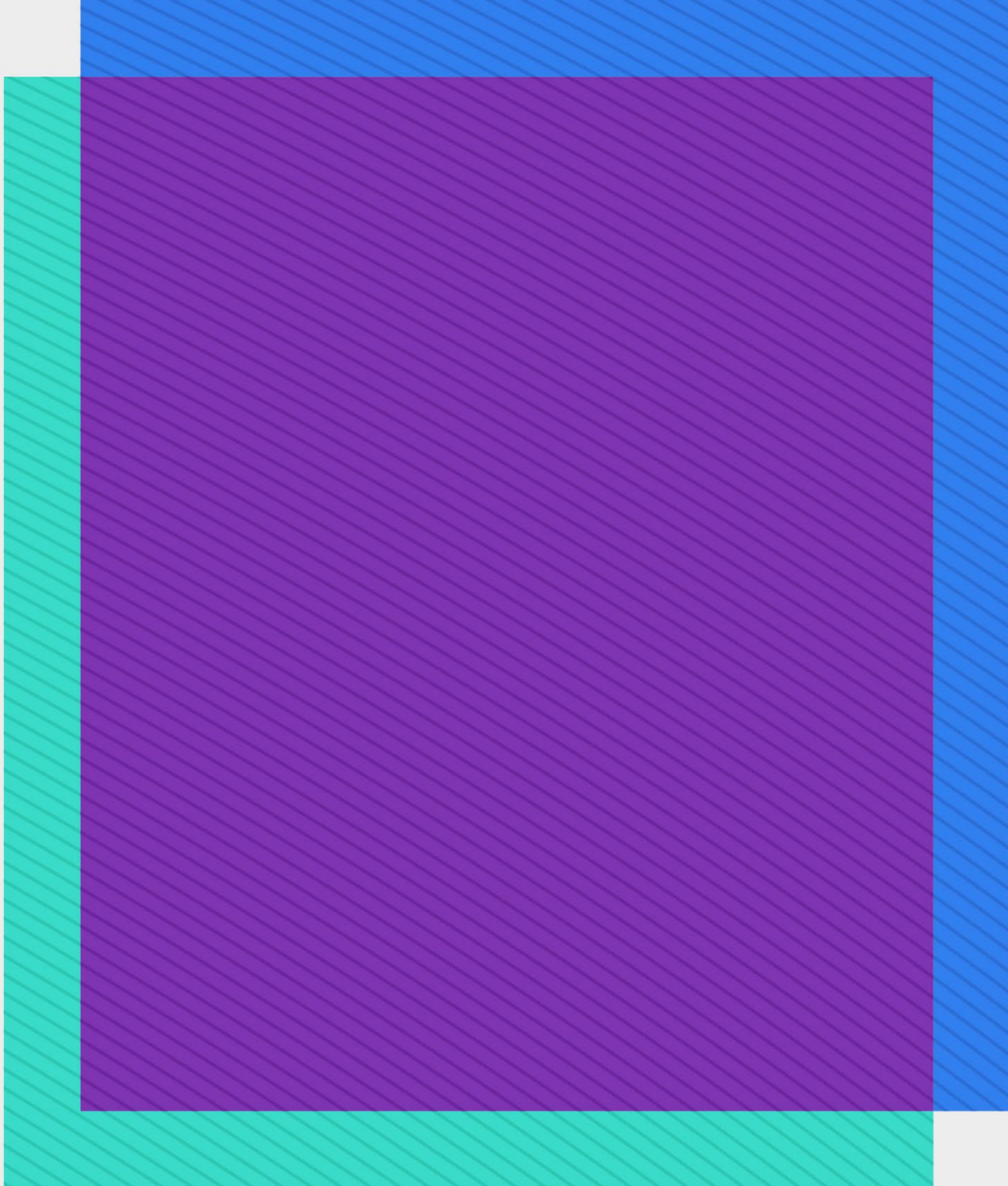
Hvis dokumentet ikke kan underskrives digitalt, udfyldes følgende:

Dato

Navn

Titel

Underskrift



WTW (NASDAQ: WTW) leverer datadrevne, videnbaserede løsninger med fokus på mennesker, risiko og kapital. Vi kan med vores globale udsyn og lokale ekspertise i 140 lande være med til at skærpe jeres strategi, styrke organisationens robusthed, øge medarbejdernes engagement og optimere resultaterne. Vi står helt på jeres side, afdækker nye muligheder for vedvarende succes – og skaber perspektiv, der bevæger dig.