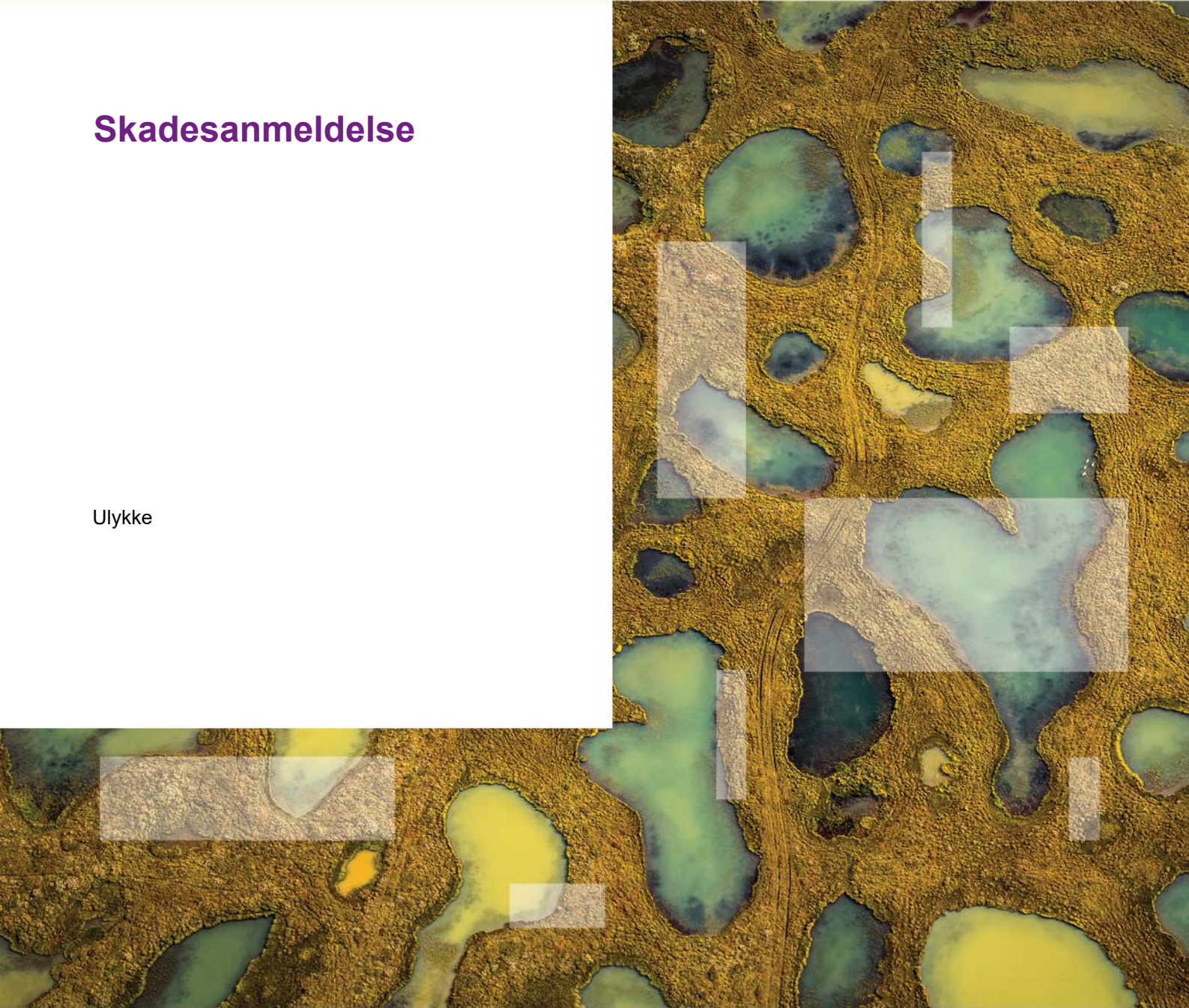


## Skadesanmeldelse

Ulykke



Udfyld venligst blanketten tydeligt med blokbogstaver.

Den udfyldte skadesanmeldelse skal sammen med de relevante bilag sendes via mail til din sædvanlige kontaktperson hos Willis Towers Watson. Din kontaktperson vil herefter sørge for at anmelde skaden overfor forsikringsselskabet.

## 1. Oplysninger om virksomheden

|                              |      |           |        |
|------------------------------|------|-----------|--------|
| Forsikringstager / firmanavn |      |           |        |
| Kontaktperson                | Navn | Telefon   | E-mail |
| Forsikringsselskab           |      | Policentr |        |

## 2. Oplysninger om skadelidte

|                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| Navn                        | CPR-nr        |
| Adresse                     | Postnr. og by |
| Telefonnr.                  | E-mail        |
| Hvad er dit daglige arbejde |               |

## 3. Oplysninger om ulykken

|  |   |  |
|--|---|--|
| Skadedato  | Tidspunkt   | Skadested / adresse  |
| Hvor skete ulykken?                                    | I fritiden<br>På arbejdet (lønnet / ulønnet)                | Hvis skaden sker på arbejdet, oplys navn og adresse på arbejdsgiver. |
| 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 x i ovenstående oplys forsikringsselskab og policentr. |  |

## 4. Hvad er beskadiget og behandlet

|  |
|--|
| Hvilke legemsdele er beskadiget                      |
| Hvordan er legemsdelen beskadiget                    |
| Hvilken dato fik du første undersøgelse / behandling |

## 5. Oplysninger om tidligere skader eller sygdom

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| Var du fuldstændig rask, da skaden skete   | Ja<br>Nej | Hvis nej, beskrive hvorfor ikke                      |
| Lider du af kronisk eller længerevarende sygdom  | Ja<br>Nej | Hvis ja, hvilken.                                    |
| Har du tidligere haft skader, behandlingskrævende gener eller sygdom i den legemsdel, der nu er beskadiget | Ja<br>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<br>Nej | Hvis ja, oplys policenr. / navn på forsikringselskab |

## 6. Lægebehandling

|   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| Hvornår kom du under lægebehandling     |                                  |   |
| Dato                                    | Tidspunkt                        |   |
| Hvor skete behandlingen                 | Læge<br>Hospital<br>Andet        | Oplyst navn og adresse på behandlingssted |
| Er der sket en efterfølgende behandling | Nej<br>Læge<br>Hospital<br>Andet | Oplyst navn og adresse på behandlingssted |
| Oplysninger om din praktiserende læge   |                                  |   |
| Navn                                    |                                  |   |
| Adresse                                 |                                  |   |
| Telefonnr                               |                                  |   |

## 7. Oplysninger om forsikring i andet forsikringselskab

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| Er du forsikret mod ulykke i et andet forsikringselskab | Ja<br>Nej | Hvis ja, oplys forsikringselskab og policenr. nedenfor |
| Forsikringselskab                                       | Policenr  |  |

## 8. Ved trafikulykke

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Var du   | Fører<br>Passager  | Hvis x i "Fører", skal kopi af kørekort vedlægges       |  |
| Med hvilket køretøj skete ulykken                        | Bil<br>Motorcykel<br>Knallert 30<br>Knallert 45<br>Andet | Hvis x i "Andet", oplys køretøjstype.                   |  |
| Er ulykken anmeldt til køretøjets motoransvarsforsikring | Ja<br>Nej  | Hvis ja, oplys forsikringselskab og policenr. nedenfor. |  |
| Forsikringselskab  |  | Policenr  |  |
| Er der en modpart  | Ja<br>Nej  | Hvis ja, oplys data på modparten nedenfor               |  |
| Navn på modpart  |  | Adresse   |  |
| Forsikringselskab  |  | Police eller registreringsnr.                           |  |

## 9. Politirapport

|                              |           |                                |
|------------------------------|-----------|--------------------------------|
| Er der optaget politirapport | Ja<br>Nej | Hvis ja, oplys hvilken station |
|------------------------------|-----------|--------------------------------|

## 10. Sygeforsikringen Danmark

|  |           |                                       |
|--|-----------|---------------------------------------|
| Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark | Ja<br>Nej | Hvis ja, oplys hvilken gruppe du er i |
|--|-----------|---------------------------------------|

## 11. Underskrift

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Eventuel erstatning kan udbetales til nedenstående bankkonto   |                                       |
| Reg.nr   | Kontonr.                              |
| <p>Jeg erklærer herved, 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.</p> <p>Jeg samtykker i, at FORSIKRINGSSELSKABET kan kontakte mig, hvis de har behov for min samtykke til, at indhente yderligere oplysninger hos læger, lægelige institutioner, forsikringsselskaber samt offentlige institutioner, som kan bidrage til en korrekt bedømmelse af min tilstand.</p> |                                       |
| Dato   | Navn med blokbogstaver og underskrift |