

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		Policenr	

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?	<input type="checkbox"/> I fritiden <input type="checkbox"/> På arbejdet (lønnet / ulønnnet)	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 <input type="checkbox"/> Skaden er anmeldt som en arbejdsskade Hvis x i ovenstående oplys forsikringsselskab og policenr.	

4. Hvad er beskadiget og behandlet

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

5. Lægebehandling

Hvornår kom du under lægebehandling (skriv dato og tidspunkt)		
Hvor skete behandlingen	<input type="checkbox"/> Læge <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Andet	Oplyst navn og adresse på behandlingssted
Er der sket en efterfølgende behandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Læge <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Andet	Oplyst navn og adresse på behandlingssted
Navn, adresse og telefonnr. på din praktiserende læge		

6. Oplysninger om tidligere skader eller sygdom

Var du fuldstændig rask, da skaden skete	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis nej, beskriv hvorfor ikke
Lider du af kronisk eller længerevarende sygdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken.
Har du tidligere haft skader, behandlingskrævende gener eller sygdom i den legemsdel, der nu er beskadiget	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 policenr. / navn på forsikringselskab

7. Oplysninger om forsikring i andet forsikringselskab

Er du forsikret mod ulykke i et andet forsikringselskab

Ja
 Nej

Hvis ja, oplys policenr. / navn på forsikringselskab

8. Ved trafikulykke

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

9. Politirapport

Er der optaget politirapport

Ja
 Nej

Hvis ja, oplys hvilken station

10. Sygeforsikringen Danmark

Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark	<input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, oplys hvilken gruppe du er i
	<input type="checkbox"/> Nej	

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 søge oplysninger hos de læger, lægelige institutioner, forsikringsselskaber samt offentlige myndigheder, som kan bidrage til en korrekt bedømmelse af min tilstand, samt at FORSIKRINGSSELSKABET kan gøre disse bekendt med det, der er oplyst til FORSIKRINGSSELSKABET.</p> <p>Er ulykken anmeldt til politiet eller Arbejdsskadestyrelsen, giver jeg samtidig FORSIKRINGSSELSKABET tilladelse til at indhente oplysninger hos disse.</p>	
Dato	Navn med blokbogstaver og underskrift