

Ulykke

SOMMEROGFRITID

Skadeanmeldelse



Policenr./skadenr. og skadelidtes CPR-nr.

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Policenr. 882 3.000.002.415 | Skadelidtes CPR-nr. |
|--------------------------------|---------------------|

Skadelidte

| | | |
|--|--|----|
| Navn | Telefonnr. | |
| Stilling | E-mail | |
| Foretrækker du kommunikation om skaden på Mail Med alm. post | | |
| Adresse | Postnr. | By |
| Hvor skete ulykkestilfældet? | Hvornår skete ulykkestilfældet? (Oplys dato og klokkeslæt) | |
| Hvilken legemsdel blev ramt, og hvori bestod beskadigelse? | | |

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 du er blevet behandlet | Diagnose | Hvornår du er blevet behandlet |
| Hvilke gener har du efter uheldet, og hvordan har udviklingen været? | | |
| Er du opereret? Ja Nej | | |
| Har du været indlagt? Ja Nej | | |
| Hvis ja, oplys venligst: | | |
| Hvor du har været indlagt | Hvor længe du har været indlagt (oplys perioden) | |

Ulykkestilfælde (fortsat)

| | | |
|--|--|---------------|
| 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: | | |
| Behandlers navn | | |
| Adresse | Postnr. | By |
| Har du tidligere haft skader/sygdomme i den legemsdel (det område), der nu er beskadiget? | | |
| Ja | Nej | |
| Hvis ja, oplys venligst hvilke, samt hvor og hvornår du har været behandlet | | |
| Har du tidligere modtaget erstatning for lignende skade? | | |
| Ja | Nej | |
| Hvis ja, oplys venligst hvornår og hvorfra? | | |
| Lider du af andre kroniske sygdomme? | | |
| Ja | Nej | |
| Hvis ja, oplys venligst hvilke? | | |
| Er der optaget politirapport? | Hvis ja, oplys venligst hvilken politistation? | |
| Ja | Nej | |
| Var du påvirket på ulykkestidspunktet (herunder spiritus, rusmidler, medicin eller andet) | | |
| Ja | Nej | |
| Hvis ja, oplys venligst hvad du havde indtaget og hvor mange genstande? | | |

Fællesoplysninger

| | | |
|---|---|----|
| Navn på egen læge | | |
| Adresse på egen læge | Postnr. | By |
| Har du sundhedsforsikring? | Hvis ja, oplys venligst hvilket selskab og policentr. | |
| Ja | Nej | |
| Har du ulykkesforsikring i andre selskaber? | Hvis ja, oplys venligst hvilket selskab og policentr. | |
| Ja | Nej | |
| Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark? | Hvis ja, oplys venligst gruppenr. | |
| Ja | Nej | |

Bankoplysninger

| | |
|----------------|---------------------|
| Kontoindehaver | |
| Bankens navn | Reg.nr. og kontonr. |

Underskrift

| | |
|---|-------------|
| Jeg erklærer, at min besvarelse er i overensstemmelse med de faktiske forhold, og at intet af betydning for sagen er fortiet. Til brug for vurdering af om og hvilket omfang erstatning kan udbetales, har Tryg min tilladelse til at udveksle oplysninger og dokumentation om mine nuværende og tidligere forsikringsforhold med andre forsikringsselskaber, hvor jeg er eller har været forsikret. | |
| Dato | Underskrift |