



Sedgwick Leif Hansen A/S
Lautrupvang 8
2750 Ballerup

Ulykkesforsikring - skadeanmeldelse

Anmeldelse af:	
Personskade (varigt mén)	<input type="checkbox"/>
Tandskade	<input type="checkbox"/>

Det er vigtigt, at du udfylder anmeldelsen så udførligt som muligt. Er anmeldelsen udfyldt korrekt, vil du hurtigere kunne modtage et svar fra os.

Skadeanmeldelsen kan returneres på nedenstående adresse eller pr. e-mail. E-mail sendes til ulykke@slhdk.dk

Såfremt du har spørgsmål i anledning af skaden eller i forbindelse med udfyldelse af anmeldelsen, er du naturligvis velkommen til at kontakte Sedgwick Leif Hansen A/S på tlf. 4445 2700 eller ulykke@slhdk.dk

Skadelidte	Navn:		
	Adresse:		
	Postnr. og by:		
	Cpr.nr.:		Telefonnr.:
	E-mail:		
	Policenr.:		
	Medlem af "danmark": <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvilken gruppe?		
	Oplys venligst reg.nr. og kontonr. til dit pengeinstitut, til brug for evt. skadeudbetaling. Oplysningerne behandles fortroligt.		
	Reg.nr:	Kontonr:	Pengeinstitut:

Skadeoplysninger	Skadested:			
	Skaden sket:	dag	/	20 kl.
	Hvordan skete skaden?			
	Hvilke personskader medførte ulykken?			
	Hvornår skete ulykken?			
	<input type="checkbox"/> I fritiden <input type="checkbox"/> I arbejdstiden <input type="checkbox"/> Under arbejde for andre i fritiden <input type="checkbox"/> Som selvstændig erhvervsdrivende			
Hvad var dit daglige arbejde da ulykken skete?				

	Havde du indenfor det sidste døgn inden skaden, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lignende? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget?
	Er der foretaget blodprøve/urinprøve? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvor?

Politi	Er politirapport foretaget? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvor?
---------------	--

Ved Trafikuheld	Var du? <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passager
	<input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Knallert <input type="checkbox"/> Cykel <input type="checkbox"/> Andet: _____

Sportsskader	Hvilken klub spillede du for? Klubbens navn:
	Havde du kontrakt eller anden skriftlig aftale med klubben? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, vedlæg kopi af kontrakt/aftale

Lægebehandling m.v.	Hvor blev du undersøgt første gang efter skaden? Hos: _____ Hvornår? _____ / _____
	Blev der tilkaldt ambulance ved ulykken? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hos hvem? _____ Hvornår? _____ / _____ (skriv også hvis der er planlagt operation)
	Har du været sygemeldt i forbindelse med ulykken? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, i hvilken periode?

Tidligere skader	<p>Hvem er din læge? (Navn, adresse, postnr. og by)</p> <p>Hvis du selv har kopi af journaler fra din læge, skadestue, sygehus eller privathospital, skal disse vedlægges.</p>
------------------	--

Tidligere lidelser	<p>Var du fuldstændig rask og arbejdsdygtig da ulykken skete? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis nej, hvorfor?</p> <hr/> <p>Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke?</p> <hr/> <p>Er du tidligere blevet undersøgt/behandlet hos læge, fysioterapeut, kiropraktor eller lignende? Hos: _____ Hvornår?</p> <hr/> <p>Hvilken lidelse blev du undersøgt/behandlet for?</p>
--------------------	---

Tidligere skader	<p>Har du tidligere været udsat for et ulykkestilfælde? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, Hvilken legemsdel? hvornår?</p> <hr/> <p>Har du modtaget erstatning herfor? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, fra hvilket selskab?</p> <hr/> <p>Skadenr.? Méngrad?</p>
------------------	--

Her kan du skrive, hvis du har yderligere oplysninger omkring dine helbredsforhold.

Andre forsikringer

Er ulykken anmeldt til den lovpligtige arbejdsskadeforsikring?

Ja Nej Hvis ja, i hvilket selskab?

Har du en forsikring med samme dækning i et andet selskab?

Ja Nej Hvis ja, i hvilket selskab?

Er ulykken anmeldt til andre forsikringselskaber udover ovenstående?

Ja Nej Hvis ja, i hvilket selskab?

Øvrige oplysninger

Her kan du skrive andre oplysninger, som er relevante for sagen:



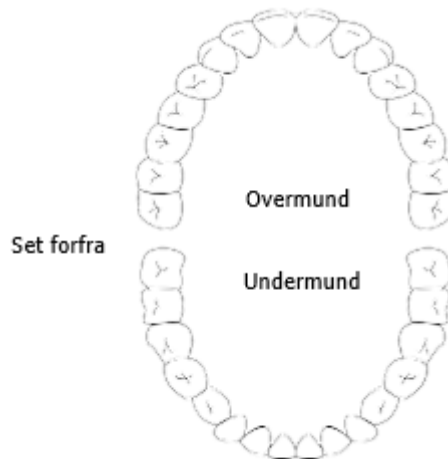
sedgwick®

Udfyldes ved tandskade

Hvad er der sket med tanden/tænderne?

Tanden er slået løs slået ud knækket

Sæt kryds på den eller de tænder, som er blevet beskadiget.



Erklæring og underskrifter

Jeg giver hermed samtykke til, at

- Sedgwick Leif Hansen A/S må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Sedgwick Leif Hansen A/S finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling
- De, som Sedgwick Leif Hansen A/S indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Sedgwick Leif Hansen A/S har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsmarkeds Erhvervssikring
- Forsikringselskaber, pensionskasser, Videncenter for Helbred & Forsikring og Patientforsikringen
- Samarbejdspartnere, som udfører opgaver for Sedgwick Leif Hansen A/S i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling
- Min arbejdsgiver (kun udveksling af visse oplysninger)

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet,
- Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikrings sag
- Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Sedgwick Leif Hansen A/S har taget stilling til mit krav.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked hver gang Sedgwick Leif Hansen A/S indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Jeg erklærer på tro og love, at oplysningerne er afgivet korrekt.

CPR-nummer	Navn med blokbogstaver
Adresse	
E-mail	Tlf. nr.
Sted og dato	Underskrift