

Anmeldelse af Ulykke



Personskade Tandskade

Policenr. _____

Skadenr. _____

FORSIKRINGSTAGER

Navn _____

Cpr.nr. _____

Telefon _____

Adresse _____

Postnr. og by _____

E-mail-adresse _____

TILSKADEKOMNE

Navn _____

Cpr.nr. _____

Telefon _____

Adresse _____

Postnr. og by _____

E-mail-adresse _____

A: Beskriv dit erhverv/din beskæftigelse på skadetidspunktet _____

Firmastempel _____

B: Hvornår blev du ansat? _____

Oplys dags dato og din arbejdsgivers skriftlige bekræftelse af punkt A og B _____

Hvis du er selvstændig erhvervsdrivende

Antal ansatte _____ Selskabets art A/S, I/S, Aps. Enkeltmandsfirma Andet _____

BESKRIVELSE AF SKADEN

Hvornår skete skaden? _____

Dato _____

Klokken _____

Hvornår kom du under læge/tandlægebehandling? _____

Dato _____

Klokken _____

Oplys navn og adresse på din læge/tandlæge _____

Har du forud for hændelsen indtaget øl, vin, spiritus eller lignende? Nej Ja Antal genstande _____

Er din personskade også anmeldt til andet selskab eller til modpart? Nej Ja Selskab _____

Police-/skadenr. _____

Er du medlem af Sygeforsikringen 'danmark'? Nej Ja Gruppenr. _____

Er der optaget politirapport? Nej Ja Stationens navn _____

Skaden er opstået Under arbejde for andre I fritiden I egen virksomhed På vej til/fra arbejde På skole/institution

SKADE SKET UNDER SPORT

Oplys sportsgren _____

Sporten er udøvet på Eliteplan Amatørplan Andet _____

SKADE SKET I TRAFIKKEN

Jeg kom kørende på/i Bil Motorcykel EU-knallert Andet _____

Er dit køretøj forsikret i If? Nej Ja Registreringsnr. på mit køretøj _____

Er modparten ansvarsforsikret? Nej Ja Registreringsnr. på modpartens køretøj _____

Police-/skadenr. _____

Selskab _____

Var du fører eller passager? Fører Passager

UDFYLDES VED TANDSKADE

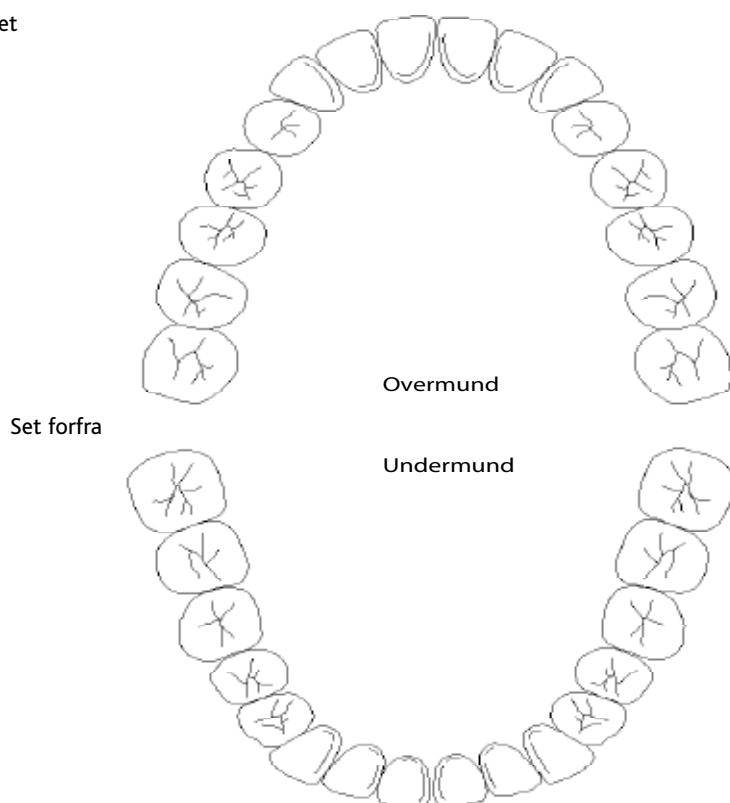
Sæt kryds på den eller de tænder, som er blevet beskadiget

Blivende tænder

Mælketænder

Hvad der er sket med tanden/tænderne?

Tanden er Slået løs Slået ud Knækket



OPLYSNING OM FØLGER EFTER PERSONSKADE

.....

Var du fuldstændig rask, da skaden skete? Ja Nej Beskrivelse _____

Hvilken legemsdel er beskadiget? _____

Jeg vedlægger Epikrise Skadeseddel Andet

Hvornår kontaktede du lægen første gang? Dato _____

Hos hvem fik du den første lægehjælp? Læge/Sygehus _____ Adresse _____

Hvilken behandling har du fået?

Får du stadig lægebehandling? Nej Ja Behandlingsplan _____

Har du tidligere fået lægebehandling på samme legemsdel? Nej Ja

Beskrivelse

TIDLIGERE SKADER

.....

Har du tidligere været udsat for personskade/tandskade? Nej Ja Hvis ja - beskriv skaden _____

SKADEDATO

Er der modtaget erstatning herfor Nej Ja Fra hvilket selskab _____

Skadenr. _____ Mængde i procent _____

BETALING

.....

If udbetaler via Nemkonto, hvilket gør det mere enkelt for dig at få udbetalt eventuel erstatning fra If.

Læs mere om Nemkonto på www.nemkonto.dk og www.if.dk

Jeg erklærer ved min underskrift, at de nævnte punkter er besvaret i overensstemmelse med sandheden. Jeg er bekendt med, at urigtige oplysninger kan medføre bortfald eller reduktion af erstatning. Jeg giver tilladelse til, at If kan indhente oplysning om mig hos behandlere og behandlende institutioner, tandlæger, læger, sygehuse og andre relevante institutioner som fx forsikringsselskaber, politi, offentlige myndigheder og Arbejdsskadestyrelsen, som har eller vil få kendskab til den anmeldte hændelse og/eller min helbredstilstand. If kan endvidere gøre disse bekendt med det oplyste.

Dato _____ Underskrift _____

Sendes til If, Stamholmen 159, 2650 Hvidovre