

<b>Skadeanmeldelse</b>		Policenr. _____	
<b>1. Tilskadekomne</b>			
Navn _____		Stilling _____	
Privatadresse _____			
CPR-nr. _____	Telefonnr. Privat _____		Telefonnr. arbejde _____
<b>2. Forsikringstager</b>			
Navn _____		CPR-nr. _____	
<b>3. Beskrivelse af ulykkestilfældet</b>			
Hvornår skete ulykkestilfældet? Ugedag _____ Dato _____ Klokken _____			
Hvor skete ulykkestilfældet? _____			
Skete ulykkestilfældet <input type="checkbox"/> I fritiden? <input type="checkbox"/> På arbejdet? <input type="checkbox"/> På vej til eller fra arbejdet?			
Skete ulykkestilfældet under arbejde for andre? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hvis Ja, så oplys Arbejdsgivers navn og adresse _____ Hvad arbejdede du med, da ulykken skete? _____ Hvor er der tegnet arbejdsskadeforsikring? _____ Police nr. _____			
Beskriv ulykkestilfældet, så det klart fremgår, hvordan det skete. Brug eventuelt pkt. 9. _____ _____ _____			
<b>4. Beskadigelsen</b>			
Hvilken legemsdel blev ramt, og hvori bestod beskadigelsen? _____			
Hvornår skete første lægebehandling? Dato _____ Hvor skete det? <input type="checkbox"/> Hos læge <input type="checkbox"/> på sygehus			
Navn og adresse på læge/sygehus _____			
<b>5. Oplysninger om tidligere skader eller sygdom</b>			
Var du fuldstændig rask, da ulykkestilfældet skete? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Har du tidligere haft skader eller sygdom på samme legemsdel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hvis ja, hvornår skete det? _____			
Hvilken legemsbeskadigelse eller sygdom? _____			
Hvilke følger har det medført? _____			
Blev ulykkestilfældet den gang anmeldt til et andet forsikringselskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hvis ja, hvilket selskab? _____			

**6. Oplysning om forsikring i andet forsikringselskab**

 Er du ulykkesforsikret i andet selskab?  Ja  Nej

Hvis ja, så oplys selskabets navn \_\_\_\_\_ Policenr. \_\_\_\_\_

Ved trafikuheld:

 Er skaden meldt til dit eget bilforsikringselskab?  Ja  Nej

Hvis ja, så oplys Selskabets navn \_\_\_\_\_ Policenr. \_\_\_\_\_

 Er der en modpart?  Ja  Nej Hvis ja, så oplys

Modpartens navn \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Forsikringselskab \_\_\_\_\_ Policenr./Registreringsnr: \_\_\_\_\_

**7. Sygeforsikringen Danmark**

 Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark?  Ja  Nej

Hvis ja, så oplys hvilken gruppe du er i \_\_\_\_\_

**8. Politianmeldelse**

 Er der optaget politirapport?  Ja  Nej

Hvis ja, så oplys hvilken politistation \_\_\_\_\_

 Har du fået foretaget spiritusprøve?  Ja  Nej

**9. Til eventuel uddybning af svar**
**10. Underskrift**

Jeg giver samtykke/fuldmagt til, at AP Skadesforsikring Aktieselskab kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for bedømmelse af forsikringsbegivenheden og for fastsættelse af forsikringsydelsen,

Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos andre forsikringselskaber.

Andre forsikringselskaber, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.

Hvis ulykkestilfældet er anmeldt til politiet, giver jeg tilladelse til at AP Skadesforsikring Aktieselskab modtager kopi af den optagne politirapport.

Den \_\_\_\_\_

Den forsikringssøgendes underskrift

CPR-nr. \_\_\_\_\_