



Van Ameyde Denmark ApS
Lindevangs Alle 6
2000 Frederiksberg

Ulykkesforsikring – skadeanmeldelse

Skadenr. (Udfyldes af Van Ameyde):	
Policenr.:	
Personskade	<input type="checkbox"/>
Tandskade	<input type="checkbox"/>

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

Skadeanmeldelse sendes til Van Ameyde Denmark på ovenstående adresse, som behandler sagen på vegne af First. Skadeanmeldelse kan også vedhæftes en e-mail. E-mail sendes til info@vanameyde.dk

Såfremt De har spørgsmål i anledning af skaden eller i forbindelse med udfyldelse af anmeldelse, er De naturligvis velkommen til at kontakte Van Ameyde Denmark på telefon 33 32 47 74.

Skadelidte	Navn:		
	Adresse:		Postnr. og by:
	Cpr.nr.:		Telefonnr.:
	E-mail adresse:		
	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:

Skade- oplysninger	Skadested:				
	Skaden sket:	dag	/	20	kl.
	Hvordan skete skaden?				
	Hvad var årsagen til at ulykken skete?				
	Ulykken skete:				
	<input type="checkbox"/>	I fritiden	<input type="checkbox"/>	Under arbejde for arbejdsgiver	
	<input type="checkbox"/>	På arbejdsgivers område	<input type="checkbox"/>	Ærinde for arbejdsgiver	
	<input type="checkbox"/>	Som selvstændig (eget erhverv)	<input type="checkbox"/>	På vej til/fra arbejde	
<input type="checkbox"/>	Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)				
Hvis ja, hvem arbejdede du for?					
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, hvilken station:

Trafikskade	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

Læge- behandling m.v.	Hvilke legemsdele er beskadiget ved ulykken?
	Hvor blev du undersøgt første gang efter skaden? Hos: _____ Hvornår? Den ____ / ____
	Blev der tilkaldt ambulance ved ulykken?
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hos hvem? _____ Hvornår? Den ____ / ____
	(skriv også hvis der er planlagt operation)
	Hvis du selv har kopi af journaler fra din læge, skadestue, sygehus eller privathospital, skal disse vedlægges.
Har du været sygemeldt i forbindelse med ulykken? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, i hvilken periode? _____	

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

	Hvem er din læge? (Navn, adresse, postnr. og by)
--	---

Tidligere skader	Har du tidligere været udsat for et ulykkestilfælde? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvornår? Hvilken legemsdel?
	Har du modtaget erstatning herfor? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, fra hvilket selskab?
	Skadenr.? Mégrad?
	Her kan du skrive, hvis du har yderligere oplysninger omkring dine helbredsforhold.

Andre forsikringer	Er ulykken anmeldt i andre forsikringsselskaber? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>															
	Hvis ja, hvilke?															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Selskab</th> <th style="width: 33%;">Type af forsikring</th> <th style="width: 33%;">Policenr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Selskab	Type af forsikring	Policenr.												
	Selskab	Type af forsikring	Policenr.													

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

Udfyldes ved tandskade	<p>Sæt kryds på den eller de tænder, som er blevet beskadiget.</p> <p>Blivende tænder <input type="checkbox"/> Mælketænder <input type="checkbox"/></p> <p>Hvad er der sket med tanden/tænderne?</p> <p>Tanden er <input type="checkbox"/> Slået løs <input type="checkbox"/> Slået ud <input type="checkbox"/> Knækket</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>
-------------------------------	--

Erklæring og underskrifter	<p>Jeg erklærer, 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 bortfalder. Jeg giver samtykke til, at Van Ameyde på vegne af First kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for bedømmelse af forsikringsbegivenheden og for fastsættelse af erstatningen. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger fra tegningspunktet for forsikringen til tidspunktet for den endelige fastsættelse af erstatningen. Når supplerende helbredserklæring afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis Van Ameyde / First ønsker det.</p> <p>Oplysninger kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner hos offentlige myndigheder, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.</p> <p>Er tilfældet anmeldt til politiet, giver jeg samtidig samtykke til at Van Ameyde / First kan indhente oplysninger derfra.</p>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 20px;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 40%; text-align: center;">Sted</div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 40%; text-align: center;">Dato</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 20px;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 45%; text-align: center;">Skadelidtes/værges underskrift</div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 45%; text-align: center;">Forsikringstagers underskrift/firmastempel</div> </div> <p>Værger skal underskrive, hvis skadelidte er under 18 år</p>