



Rolig, vi hjælper dig.

SKADEANMELDELSE

Personskade/tandskade

Personskade

Tandskade

Policenummer:	Skadenummer:
---------------	--------------

FORSIKRINGSTAGER	
Navn:	CPR-nr.:
Adresse:	Telefon:
Postnr. og by:	Mail:

TILSKADEKOMNE	
Navn:	CPR-nr.:
Adresse:	Telefon:
Postnr. og by:	Mail:
A: Beskriv dit erhverv/din beskæftigelse på skadetidspunktet:	
B: Hvornår blev du ansat?	
Oplys dags dato og din arbejdsgivers skriftlige bekræftelse af punkt A og B:	
Firmastempel:	
Er du selvstændig erhvervsdrivende: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal ansatte:
Hvis ja, er selskabet et: <input type="checkbox"/> A/S, I/S, Aps. <input type="checkbox"/> Enkeltpersons firma <input type="checkbox"/> Andet:	

BESKRIVELSE AF SKADEN		
Hvornår skete skaden?	Dato:	Tidspunkt:
Hvornår kom du under læge/tandlægebehandling?	Dato:	Tidspunkt:
Oplys navn og adresse på din læge/tandlæge:		
Har du forud for hændelsen indtaget øl, vin, spiritus eller lignende?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal genstande:
Er din personskade også anmeldt til andet selskab eller til modpart?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Selskab:
Police-/skadenr.:		
Er du medlem af Sygeforsikringen 'danmark'?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Gruppenr.:
Er der optaget politirapport?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Stationens navn:
Skaden er opstået: <input type="checkbox"/> Under arbejde for andre <input type="checkbox"/> I fritiden <input type="checkbox"/> I egen virksomhed <input type="checkbox"/> På vej til/fra arbejde <input type="checkbox"/> På skole/institution		
Hvor skete skaden?		
Hvordan skete skaden?		

Hvad var den direkte årsag til skaden?

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

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? Navn på læge/sygehus:

Adresse:

Hvilken behandling fik du?

Får du stadig lægebehandling?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Behandlingsplan:		
Har du tidligere fået lægebehandling på samme legemsdel?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, beskriv tidligere behandling:		

TIDLIGERE SKADER		
Har du tidligere været udsat for personskade/tandskade?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, beskriv skaden:		
SKADEDATO		
Er der modtaget erstatning herfor:	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, fra hvilket selskab:		
Skadenr.:	Mégrad i procent:	

BETALING	
Reg.nr.:	Kontonr.:

Oplys venligst registreringsnr. og konto – eller girnr. på dit pengeinstitut, til brug ved evt. skadeudbetaling. Udbetaling til den anførte konto vil være frigørende for If, hvorfor det er vigtigt at nummeret er korrekt. Oplysningerne behandles fortroligt og bruges alene i denne skadesag.

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.

Underskrift

Dato

Sendes til If, Stamholmen 159, 2650 Hvidovre eller via mail til kollektivulykke@if.dk



Rolig, vi hjælper dig.

SAMTYKKE

Information vedr. samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

DERFOR SKAL DU GIVE SAMTYKKE

For at kunne bedømme anmodningen om udbetaling fra forsikringen skal If have oplysninger om dit uheld, sygdom eller anden begivenhed, som begrunder kravet om udbetaling fra forsikringen. If har derfor behov for at få samtykke til, at oplysninger kan indhentes fra kilder, som kender til forholdene, fx fra indlæggelser, behandlinger, kontakt til myndigheder osv., og som kan dokumentere oplysningerne i journaler, sagsakter mv.

UDBETALING AF FORSIKRINGEN

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at If har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven. Din læge med flere kan videregive helbredsoplysninger m.v. Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre

fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringsselskaber med flere kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig, dog i henhold til anden lovgivning.

DU KAN ALTID TRÆKKE SAMTYKKET TILBAGE

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som If ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

DU FÅR BESKED HVER GANG IF INDHENTER OPLYSNINGER

Hver gang If indhenter konkrete helbredsoplysninger m.v., får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, vi ønsker at hente oplysningerne.

SAMTYKKEERKLÆRING

FP 602 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed

JEG GIVER HERMED SAMTYKKE TIL, AT

- If må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som If finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling
- Dem, som If indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som If har anmodet om.

HVEM KAN DER INDHENTES OPLYSNINGER FRA/VIDEREGIVES OPLYSNINGER TIL?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber, pensionskasser, Videncenter for Helbred & Forsikring og Patientforsikringen
- Samarbejdspartnere, som udfører opgaver for If i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling
- Min arbejdsgiver (kun udveksling af visse oplysninger).

HVILKE OPLYSNINGER KAN UDVEKLES?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet

- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold
- Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikringssag
- Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor If 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 If indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Underskrift

CPR-nr.

Dato