

Tryghedsforsikring

Skadeanmeldelse sygdom/ulykke

1/2

Vigtig information

1. Skadeanmeldelsen sendes til:
Crawford & Company Danmark
Vester Farimagsgade 6, 5. sal,
DK-1606 København V
e-mail: ulykke.skade@crawco.dk

Vi gør opmærksom på, at mailen ikke er en sikker forbindelse. Såfremt oplysningerne ønskes sendt sikkert, kan det sendes til postadressen i stedet.

2. Side 1 udfyldes af den skadelidte/låntageren eller anmelder
3. Side 2 udfyldes af den skadelidtes/låntagerens læge
4. Ved sygdom/ulykke skal kopi af udbetalingsspecifikationer fra Kommunen fra og med første sygedag vedlægges

Husk, at du fortsat skal betale forsikringspræmien, hvis vi godkender din anmeldelse og udbetaler erstatning ved sygdom eller ulykke.

Skadelidte/Anmelder

Navn:		Lånenr.:
Adresse:		Cpr.nr.:
Postnr:	By:	Telefon:
Email:		Stillingsbetegnelse:
Selvstændig: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Selvstændig siden (dato):
Har du indenfor de seneste 12 måneder været uarbejdsdygtig i mere end 15 sammenhængende dage?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken periode?:

Skadeoplysninger

Sygdom <input type="checkbox"/>	Side 2 udfyldes af den skadelidtes/låntagerens læge
Ulykke <input type="checkbox"/>	Side 2 udfyldes af den skadelidtes/låntagerens læge

Erklæring på tro og love

Undertegnede begærer hermed om udbetaling af forsikringssummen i overensstemmelse med gældende forsikringsvilkår. Jeg indestår for, at alle oplysninger i denne anmeldelse er korrekte og accepterer, at Forsikringsgiveren kan kræve tilbagebetaling af eventuel erstatning, hvis jeg har tilbageholdt eller givet urigtige oplysninger. Jeg giver samtidig Crawford and Company A/S fuldmagt til, på mine vegne, at indhente oplysninger fra nuværende og tidligere arbejdsgivere, Jobcenter, kommune, a-kasse, faglige organisation og deres juridiske afdeling, læge m.m., som er nødvendige for behandlingen af min anmeldelse.

Dato:	Underskrift:
-------	--------------

Tryghedsforsikring

Skadeanmeldelse sygdom/ulykke

2/2

UDFYLDES AF SKADELIDTES LÆGE

Skadelidte		
Navn:		Cpr.nr:
Adresse:		
Postnr:	By:	

1	Hvad er den skadelidte ramt af?	Sygdom <input type="checkbox"/> Ulykke <input type="checkbox"/>
2	Hvilken dato indtraf sygdommen/ulykken?	
3	Hvilken dato var skadelidtes første sygedag fra arbejdet?	
4	Hvordan opstod sygdommen/ulykken?	
5	Er sygdommen/ulykken opstået under skadelidtes påvirkning af alkohol, narkotika eller lignende giftstoffer eller misbrug af medicin?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
6	Skyldes sygdommen/ulykken... a. deltagelse eller træning i farlig sport herunder f.eks. cykel- eller hestevæddeløb på bane, boksning, karate og lignende kampsport eller dykning? b. deltagelse i professionel idræt? c. deltagelse eller træning i nogen form for motorsport? d. at den helt eller delvist er en følge af graviditet eller fødsel? e. HIV eller AIDS eller dertil relateret sygdom? f. årsager, som kan tilskrives psykiske eller nervøse lidelser?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
7	Har den skadelidte tidligere været ramt af samme sygdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
8	Hvornår blev sygdommen diagnosticeret første gang? Ved flere sygdomme skal dato for hver sygdom noteres.	
9	Hvad er den skadelidtes diagnose? (på latin og dansk)	
10	Dato for lægebehandling?	
11	Er den skadelidte henvist til yderligere behandling/speciallæge?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
12	Er den skadelidte fuldstændig uarbejdsdygtig? Ved flere sygdomme noteres hvilken sygdom, der gør skadelidte uarbejdsdygtig:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
13	Hvor længe forventes den skadelidte at være fuldstændig uarbejdsdygtig?	

STEMPEL	Dato:
	Underskrift: