

FIRST. A/S  
Nytov 3  
1450 København K

## Ulykkesforsikring – skadeanmeldelse

Skadenr. (Udfyldes af FIRST.):	
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 kan også vedhæftes en e-mail. E-mail sendes til [first@first.dk](mailto:first@first.dk)

Såfremt De har spørgsmål i anledning af skaden eller i forbindelse med udfyldelse af anmeldelse, er De naturligvis velkommen til at kontakte FIRST. på telefon 70 70 24 70.

<b>Skadelidte</b>	Navn:		
	Adresse:		Postnr. og by:
	Cpr.nr.:		Telefonnr.:
	<b>E-mail adresse:</b>		
	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:

<b>Skade- oplysninger</b>	Skadested:
	Skaden sket:                      dag                      /                      20                      kl.
	Hvordan skete skaden?
	Hvad var årsagen til at ulykken skete?
	Ulykken skete:
	<input type="checkbox"/> I fritiden <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Under arbejde for arbejdsgiver</span> <input type="checkbox"/> På arbejdsgivers område <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Ærinde for arbejdsgiver</span> <input type="checkbox"/> Som selvstændig (eget erhverv) <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> På vej til/fra arbejde</span> <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?	

<b>Politi</b>	Er politirapport foretaget?
	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken station:

<b>Trafikskade</b>	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 _____

<b>Sportsskader</b>	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

<b>Læge- behandling m.v.</b>	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 _____	Hvornår? _____ / _____ Den _____
	(skriv også hvis der er planlagt operation)	
	<b>Hvis du selv har kopi af journaler fra din læge, skadestue, sygehus eller privathospital, skal disse vedlægges.</b>	
	Har du været sygemeldt i forbindelse med ulykken?	
	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, i hvilken periode?	

<b>Tidligere lidelser</b>	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)	

--	--

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

<b>Andre forsikringer</b>	Er ulykken anmeldt i andre forsikringsselskaber? <span style="float: right;">Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></span>		
	Hvis ja, hvilke?		
	Selskab	Type af forsikring	Policenr.

<b>Øvrige oplysninger</b>	Her kan du skrive andre oplysninger, som er relevante for sagen:
---------------------------	--

<b>Udfyldes ved tandskade</b>	<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>
-------------------------------	--

<b>Erklæring og underskrifter</b>	<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 FIRST. 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 helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis 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 FIRST. kan indhente oplysninger derfra.</p> <div style="margin-top: 20px;"> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Sted <span style="margin-left: 150px;">Dato</span></p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Skadelidtes/værges underskrift <span style="margin-left: 150px;">Forsikringstagers underskrift/firmastempel</span></p> </div> <p>Værger skal underskrive, hvis skadelidte er under 18 år</p>
-----------------------------------	---