

FIRST. A/S  
Nytorv 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>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? _____ / _____ hvem? _____ 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.?	Mégrad?
	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

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

