

(Forbeholdt selskabet)  
SKADENUMMER:

# SKADEANMELDELSE

## Personskade - ulykkesforsikring

---

Vi ønsker at kunne hjælpe dig bedst muligt og derfor er det vigtigt, at vi får et godt indblik i hvilken skade, du har været udsat for og dens omfang.

Derfor beder vi dig besvare spørgsmålene omhyggeligt og supplere, hvis der er specielle forhold, som ikke bliver belyst tydeligt nok i anmeldelsens rubrikker.

Hvis du står over for et problem, som kræver en meget hurtig løsning, er du selvfølgelig velkommen til at kontakte os.

Vi beder dig venligst returnere anmeldelsen.

Venlig hilsen  
Skadeafdelingen

---

**POSTADRESSE:**

DFA Forsikring  
Att: SKADE  
Strandbygade 16, st.  
6700 Esbjerg  
Tlf. +45 73 40 41 44

[www.dfaforsikring.dk](http://www.dfaforsikring.dk)  
[skade@dfaforsikring.dk](mailto:skade@dfaforsikring.dk)  
CVR. 29 80 66 91



	<p>Havde du indenfor det sidste døgn inden ulykken, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lign. ? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget?:</p>
	<p>Er der optaget politirapport? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Hvilken station og evt. journalnummer?</p> <p>Er der foretaget blod/urinprøve? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/></p>
<b>7. Behandling af læge</b>	<p>Hvornår kom du under lægebehandling/undersøgt 1. gang efter ulykken?</p> <p>Dato: _____ Klokkeslæt (0-24): _____</p> <p>Opgiv venligst behandlingssted, navn og adresse:</p> <p>Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, hos hvem, navn &amp; adresse og hvornår ?</p> <p>Hvem er din faste læge?</p> <p>Navn: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p>
<b>Helbred og tidligere skader</b>	<p>Var du syg/sygemeldt på skadestidspunktet, altså før skadens indtræden? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, på grund af hvad?</p> <p>Lider du af nogen form for kronisk eller længevarende sygdom? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, hvilken sygdom og hvilket årstal opstod den?</p> <p>Har du før uheldet haft behandlingskrævende gener på nu skadet Legemsdel/legemsdele? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, hvilke? Hvilket år opstod generne og hvor blev du behandlet? Hvordan opstod generne? Beskriv eventuelle varige følger:</p> <p>Har du søgt eller modtaget pension for eventuelle tidligere lidelse/sygdom eller skade? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, for hvilken skade? Hvilket år og fra hvilken kommune?</p> <p>Har du søgt eller modtaget erstatning for eventuelle tidligere skader? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, for hvilken skade? Hvilket år og forsikrings selskab?</p>
<b>8. Bankoplysninger</b>	<p>Reg. nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Konto nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>

<b>7. Samtykke</b>	<p>Jeg giver hermed mit samtykke til, at Crawford &amp; Company Denmark må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.</p> <p>Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.</p> <p>Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Crawford &amp; Company Denmark har bedømt mit eventuelle krav på, at få min forsikring udbetalt.</p> <p>Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Crawford &amp; Company Denmark</p> <p>Jeg erklærer at oplysningerne er afgivet på tro og love.</p>	
	Dato:	CPR-Nummer:
	Underskrift	Navn med blokbogstaver

## Samtykkeerklæring/underskrift

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

#### Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Crawford & Company Denmark, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit selskab alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Crawford & Company Denmark alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

#### Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at Crawford & Company Denmark 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 m.fl. kan videregive oplysninger

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 forsikringselskaber m.fl. 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 Crawford & Company Denmark ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

#### Du får besked hver gang Crawford & Company Denmark indhenter oplysninger

Hver gang Crawford & Company Denmark indhenter konkrete oplysninger, får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, pensionsinstituttet ønsker at hente oplysningerne.