

Tryghedsforsikring

Skadeanmeldelse sygdom/ulykke

1/2

Vejledning ved skade

1. Skadeanmeldelsen sendes til:
Crawford & Company Danmark
Lergravsvej 59
2300 København S

e-mail: ulykke.skade@crawco.dk
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

Oplysninger om skadeanmelder

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

Oplysninger fra læge ved sygdom og ulykke

Sygdom	Side 2 udfyldes af den skadelidtes/låntagerens læge
Ulykke	Side 2 udfyldes af den skadelidtes/låntagerens læge

Tro og love erklæring

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 Forsikringsgiveren 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 Ulykke
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 Nej
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 Nej Ja Nej Ja Nej Ja Nej Ja Nej Ja Nej
7	Har den skadelidte tidligere været ramt af samme sygdom?	Ja Nej
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 Nej
12	Er den skadelidte fuldstændig uarbejdsdygtig? Ved flere sygdomme noteres hvilken sygdom, der gør skadelidte uarbejdsdygtig:	Ja Nej
13	Hvor længe forventes den skadelidte at være fuldstændig uarbejdsdygtig?	

STEMPEL	Dato:
	Underskrift: