

**SKADEANMELDELSE
ANSVAR - PERSONSKADE- ARBEJDSULYKKE
Erhverv/Industri**

Bruges til anmeldelse af krav, der ikke er omfattet af arbejdsskade-
forsikringen, fx svie og smerte og tabt arbejdsfortjeneste.

Police nr. 670-8.037.840	
TF-nr.	Skadenr.

Forsikringstager – den der har indgået aftale om forsikringen

Navn		
Adresse		Er I momsregistreret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Postnummer	By	Bankkontonummer inkl. reg.nr.
Kontaktperson		E-mail
		Telefonnummer

Skadelidte – den der har været udsat for skaden

Navn		Telefonnummer dag
Adresse		E-mail
Postnummer	By	CPR-nummer
Er skadelidte ansat hos jer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja - Ansættelsestidspunkt? Dato
		Bankkontonummer inkl. reg.nr.

Oplysninger om skaden

Hvor skete skaden?		
Adresse	Postnr.	By
Hvornår skete skaden? Den: _____ Kl. (0-24)		

Hvilket arbejde udførte skadelidte?

Hvordan og hvorfor skete skaden? Hvilken fejl var årsag til uheldet? **Send gerne foto, der kan vise omstændighederne ved uheldet.**

Hvem er efter jeres mening skyld i uheldet?

Hvorfor?

Er skadevolder ansat hos jer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis nej – Hvem er skadevolder ansat hos?
Hvilken erfaring havde skadelidte med arbejdet?	

Var skadelidte blevet instrueret i arbejdet? Hvis ja, hvilken instruktion var givet? Og af hvem?

Blev der ført tilsyn med, at skadelidte fulgte instruktionen?

Blev der brugt hjælpemidler? Hvis ja, hvilke? Hvis nej, burde der have været brugt hjælpemidler? Hvilke?

Kunne skaden have været forhindret? Hvis ja, hvordan?

Er der ændret ved maskiner eller arbejdsprocesser efter uheldet? Hvis ja, hvad?

Er der foretaget politianmeldelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Stationens navn	Dato for politianmeldelse
Var der vidner til uheldet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, ønsker vi navn, adresse, telefonnummer og beskæftigelse oplyst.	
Har skadelidte rejst et erstatningskrav overfor jer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Hvornår? Hvis kravet er rejst skriftligt, beder vi jer vedlægge kopi.	
Har I noget at indvende mod kravet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Hvorfor?	
Hvem skal eventuel erstatning udbetales til?	Hvilket omfang har skaden?	
Er skadelidte under lægebehandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Var skadelidte på skadestuen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Hvilken skadestue?
Er eller har skadelidte været sygemeldt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Forventet sygeperiode	Har eller får skadelidte et løntab? kr.
Er uheldet anmeldt til Arbejdstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Er der afgivet påbud?	Er der givet bødeforlæg?
Er skadelidte dækket af en arbejdsskadeforsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Selskab	Policenummer
Er skadelidte dækket af en ulykkesforsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Selskab	Policenummer
Er skadelidte dækket af en sundhedsforsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Selskab	Policenummer
Er skadelidte medlem af Sygeforsikringen Danmark? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Hvilken gruppe	

Bilag der skal medsendes

- Relevante arbejdsbeskrivelser, operatørinstruktioner, maskinbeskrivelser og/eller funktionsbeskrivelser.
- Relevante referater fra sikkerhedsmøder. Hvis forholdene, som forårsagede uheldet, har været drøftet i sikkerhedsudvalget før dette uheld, ønsker vi også kopi af tidligere mødereferater.
- Anmeldelsen til Arbejdstilsynet.
- Relevante akter fra Arbejdstilsynet, herunder eventuelt tilpasset tilsyn.
- Relevante akter fra Bedriftssundhedstjenesten.
- Eventuelt arbejdsmiljøcertifikat i henhold til lov om arbejdsmiljøcertifikat til virksomheder.

Udfyldes kun ved eventuel tingskade

Er det skadede forsikret i et andet selskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Selskab	Policenummer
--	-------------------	--------------

Er uheldet anmeldt til det pågældende selskab?
 Ja Nej - Hvis nej, bedes skaden anmeldt til selskabet.

Beskadigede genstande (art, mærke, type)	Er genstanden købt brugt anfør et "B"	Anskaffelsestidspunkt og- pris			Pris på ny tilsvarende ting	Skadelidtes erstatningskrav
		År	Måned	Pris		

For at fremme behandlingen af skaden beder vi jer om muligt, medsende dokumentation i form af kvitteringer/regninger for det beskadigede. Vi beder jer skrive policenummer på hvert bilag.

Det beskadigede skal gemmes til Tryk har taget stilling til erstatningspligten.

Underskrift

Jeg erklærer, at min besvarelse er i overensstemmelse med de faktiske forhold, og at intet af betydning for sagen er fortiet. Selskabet har min tilladelse til at udveksle oplysninger og dokumentation med andre forsikringsselskaber.

Dato	Forsikringstagers underskrift
------	-------------------------------