

**SKADEANMELDELSE
ANSVAR - PERSONSKADE
Erhverv/Industri**

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 skulle I udføre på skadestedet?

Hvorfor opholdt skadelidte sig på skadestedet?

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?
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?	

Er der foretaget politianmeldelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja – Stationens navn	Dato for politianmeldelse
--	---------------------------	---------------------------

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 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	

Udfyldes kun ved fald- og glideskader

Hvad var årsag til faldet?	Hvem har renholdelses- og vedligeholdelsespligten for skadestedet?
----------------------------	--

Hvis årsagen var en niveauforskel, beder vi jer oplyse hvor stor niveauforskellen var?

Hvis årsagen var glat føre, beder vi jer oplyse, om der var sne eller is på skadestedet, og om rydningspligten var overholdt?

Udfyldes kun ved tandskade

Hvilken genstand var årsag til skaden?	Var der vidner til uheldet? <input type="checkbox"/> Ja - Hvis ja, ønsker vi vidneerklæring <input type="checkbox"/> Nej
Hvad blev der spist sammen med det skadevoldende produkt?	Hvem har fremstillet det skadevoldende produkt?
Hvilke ingredienser er det skadevoldende produkt fremstillet af?	Hvem har fremstillet ingredienserne?
Hvad skønner tandlægen, at skaden kommer til at koste?	Er skadelidte medlem af Sygeforsikringen Danmark? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

For at fremme behandlingen af skaden, beder vi jer medsende genstanden, der var årsag til skaden, og eventuel emballage samt regning for købet af varen. Vi beder jer skrive policenummer på det I sender til os.

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 Tryg 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
------	-------------------------------