



Ulykkesforsikring – skadeanmeldelse

| | |
|----------------|--------------------------|
| Anmeldelse af: | |
| Personskade | <input type="checkbox"/> |
| Tandskade | <input type="checkbox"/> |

HDI Danmark har indgået samarbejde med Sedgwick A/S omkring behandling af skader anmeldt under den Kollektiv Ulykkesforsikring.

Sedgwick A/S er den største leverandør i Danmark inden for behandling af personskader.

Den udfyldte skadeanmeldelse skal sendes til nedenstående e-mail:

ulykkehdi@slhdk.dk

Det er vigtigt, at anmeldelsen udfyldes så udførligt som muligt. Er anmeldelsen udfyldt korrekt, vil du hurtigere modtage et svar.

Såfremt du har spørgsmål i anledning af skaden eller i forbindelse med udfyldelse af anmeldelsen, er du velkommen til at kontakte Sedgwick A/S på tlf. +45 7634 0322 eller ulykkehdi@slhdk.dk



| | | | |
|-------------------|---|-----------|-----------------|
| Skadelidte | Navn: | | |
| | Adresse: | | |
| | Postnr. og by: | | |
| | Cpr.nr.: | | Telefonnr.: |
| | E-mail: | | |
| | Policenr.: | | |
| | Medlem af "danmark": <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvilken gruppe? | | |
| | Oplys venligst reg.nr. og konto nr. til dit pengeinstitut, til brug for evt. skadeudbetaling. Oplysningerne behandles fortroligt. | | |
| | Reg.nr: | Konto nr: | Penge institut: |

| | | | |
|-------------------------|--|----------|-----|
| Skadeoplysninger | Skadested: | | |
| | Skaden sket: | dag / 20 | kl. |
| | Hvordan skete skaden? | | |
| | Hvilke personskader medførte ulykken? | | |
| | Hvornår skete ulykken? <input type="checkbox"/> I fritiden <input type="checkbox"/> I arbejdstiden <input type="checkbox"/> Under arbejde for andre i fritiden <input type="checkbox"/> Som selvstændig erhvervsdrivende | | |



| | |
|--|--|
| | Hvad var dit daglige arbejde da ulykken skete? |
| | Havde du inden for det sidste døgn inden skaden, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lignende? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget? |
| | Er der foretaget blodprøve/urinprøve? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvor? |

| | |
|---------------|--|
| Politi | Er politirapport foretaget? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvor? |
|---------------|--|

| | |
|------------------------|--|
| Ved Trafikuheld | 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: _____ |
|------------------------|--|

| | |
|----------------------------|---|
| Lægebehandling m.v. | Hvor blev du undersøgt første gang efter skaden? Hos: _____ Hvornår? _____ / _____ |
| | Blev der tilkaldt ambulance ved ulykken? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| | Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hos hvem? _____ Hvornår? _____ / _____ (skriv også hvis der er planlagt operation) |
| | Har du været sygemeldt i forbindelse med ulykken? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, i hvilken periode? |



| | |
|--|--|
| | Hvem er din læge? (Navn, adresse, postnr. og by) |
| | Hvis du selv har kopi af journaler fra din læge, skadestue, sygehus eller privathospital, skal disse vedlægges. |

| | |
|---------------------------|--|
| Tidligere lidelser | Var du fuldstændig rask og arbejdsdygtig da ulykken skete? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis nej, hvorfor? |
| | 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? |

| | |
|-------------------------|--|
| Tidligere skader | Har du tidligere været udsat for et ulykkestilfælde? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken legemsdel? hvornår? |
| | Har du modtaget erstatning herfor? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, fra hvilket selskab? |



| | | |
|--|---|----------|
| | Skadenr.? | Méngrad? |
| | Her kan du skrive, hvis du har yderligere oplysninger omkring dine helbredsforhold. | |

| | |
|---------------------------|--|
| Andre forsikringer | Er ulykken anmeldt til den lovpligtige arbejdsskadeforsikring? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, i hvilket selskab? |
| | Har du en forsikring med samme dækning i et andet selskab? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, i hvilket selskab? |
| | Er ulykken anmeldt til andre forsikringselskaber udover ovenstående? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, i hvilket selskab? |



Øvrige oplysninger

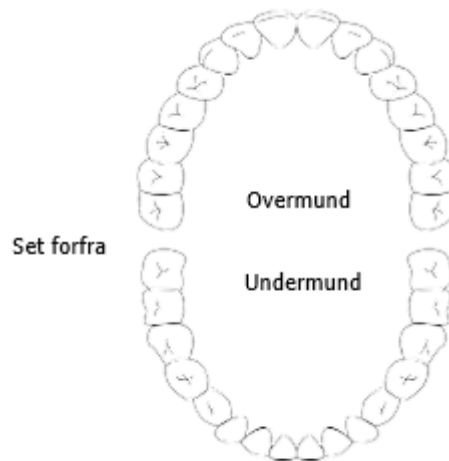
Her kan du skrive andre oplysninger, som er relevante for sagen:

Udfyldes ved tandskade

Hvad er der sket med tanden/tænderne?

Tanden er slået løs slået ud knækket

Sæt kryds på den eller de tænder, som er blevet beskadiget.





Erklæring og underskrifter

Jeg giver hermed samtykke til, at

- HDI/Sedgwick Leif Hansen må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som HDI/Sedgwick A/S finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling
- De, som HDI/Sedgwick A/S indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som HDI/Sedgwick A/S har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsmarkeds Erhvervs sikring
- Forsikringsselskaber, pensionskasser, Videntcenter for Helbred & Forsikring og Patientforsikringen
- Samarbejdspartnere, som udfører opgaver for HDI/Sedgwick A/S i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling
- Min arbejdsgiver (kun udveksling af visse oplysninger)

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet,
- Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikrings sag
- Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor HDI/Sedgwick A/S har taget stilling til mit krav.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked hver gang HDI/Sedgwick A/S indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Jeg erklærer på tro og love, at oplysningerne er afgivet korrekt.

| | |
|--------------|------------------------|
| CPR-nummer | Navn med blokbogstaver |
| Adresse | |
| E-mail | Tlf. nr. |
| Sted og dato | Underskrift |