

Skadeanmeldelse - Ulykkesforsikring

Personlige oplysninger på tilskadekomne

Navn		CPR-nr.		-	
Policenr.					
Stilling					
Adresse					
E-mail					
Telefon		Tlf.nr. (arb.)			

Forsikringstager

Navn		CPR-nr.		-	
------	--	---------	--	---	--

1. Beskrivelse af ulykkestilfældet

A Hvornår skete ulykkestilfældet?
Dato (dag, måned og år)

Klokken

B Hvor skete ulykkestilfældet?
Sted

I fritiden
 På arbejdet
 Under arbejde for andre

C Er der tegnet Police nr.

D Beskriv ulykkestilfældet, så det klart fremgår, hvordan det skete. Brug eventuelt pkt. 9

E Hvad var den direkte årsag til skaden?

2. Beskadigelsen

A Hvilken legemsdel blev ramt?

B Hvori bestod beskadigelsen?

C Hvornår fik du første undersøgelse/behandling?
Angiv dato

D Hvor blev du undersøgt/behandlet?

Angiv navn og adresse på læge/hospital

Hos læge

På hospital

E Er du efterfølgende blevet behandlet?

Nej Ja

Hvis ja, angiv dato, navn og adresse på læge/hospital

F Din praktiserende læges navn, adresse og telefonnummer

3. Ved skade i udlandet

A Hvilket land?

B Hvornår var udrejsedatoen?

4. Oplysninger om tidligere skader eller sygdom

A Var du fuldstændig rask, da ulykkestilfældet skete?

Nej Ja

B Lider du af kronisk eller længerevarende sygdom?

Hvis ja, hvilken?

Nej Ja

C Har du tidligere haft skader, behandlingskrævende gener eller sygdom i den legemsdel, der nu er beskadiget?

Hvis ja, hvornår og hvilken?

Nej Ja

D Blev skaden dengang anmeldt til et forsikringselskab?

Hvis ja, hvilket forsikringselskab og evt. policenr.?

Nej Ja

E Har du tidligere modtaget erstatning på samme legemsdel?

Hvis ja, oplys ménggrad

Nej Ja

5. Oplysninger om forsikring i andet forsikringsselskab

A Er du forsikret mod ulykke i et andet forsikringsselskab?

Nej Ja

Hvis ja, oplys forsikringsselskabet og policenr.

6. Ved trafikulykke

A Var du fører eller passager?

Fører

Passager

Husk at vedlægge kopi af kørekortet

B Med hvilket køretøj skete trafikulykken?

Bil

Motorcykel

Knallert/scooter 30

Knallert/scooter 45

Andet

C Er ulykken anmeldt til dit eget kasko-/ansvarsforsikringsselskab?

Nej Ja

Hvis ja, oplys forsikringsselskabets navn og policenr.

D Er der en modpart?

Nej Ja

Hvis ja, oplys modpartens navn, adresse, forsikringsselskab og policenr./registreringsnr.

7. Politianmeldelse

A Er der optaget politirapport?

Nej Ja

Hvis ja, så oplys hvilken politistation

B Har du fået foretaget en spiritusprøve?

Nej Ja

C Havde du indenfor det sidste døgn inden ulykken indtaget nogle former for alkohol, rusmidler, medicin eller andet?

Nej Ja

Hvis ja, hvad havde du indtaget og hvor meget?

8. Sygeforsikringen danmark

A Er du medlem af Sygeforsikringen danmark?

Nej Ja

9. Dine personoplysninger

AP Pension behandler dine personoplysninger i overensstemmelse med blandt andet persondatalovgivningen. Det kan du læse mere om i vores persondatapolitik, som du finder på www.appension.dk. Du kan også få sendt persondatapolitikken med post ved at kontakte os på 3916 5000.

Vi opfordrer dig til at benytte en sikker forbindelse, når du sender informationer, blanketter m.m. til os. Du kan skrive til os og vedhæfte filer via www.appension.dk/privat ved at trykke "Skriv til os" nederst på siden.

10. Eventuel uddybning af svar

Udbetaling til din konto

Registreringsnummer

Kontonummer

Husk at underskrive samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger på næste side

Navn

CPR-nr.

-

FP 006 Samtykke: Når jeg er kommet til skade eller er blevet syg**Ulykkes- og sygdomsforsikring**

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at AP Pension i forbindelse med min ansøgning om udbetaling må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min ansøgning.

AP Pension indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om jeg har en kritisk sygdom, som er omfattet af forsikringen. AP Pension må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikrings sag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. AP Pension præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

AP Pension kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre og laboratorier.
- Speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.
- Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (<https://aes.dk/>).
- Andre forsikrings selskaber, hvor jeg har anmeldt min skade.
- Politiet.
- Øvrige aktører, som jeg har oplyst AP Pension om i forbindelse med behandlingen af min sag.

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til AP Pension.

Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

AP Pension kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min sag:

- Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (<https://aes.dk/>).
- Speciallæge, som skal udfylde en attest eller udarbejde en speciallægeerklæring.
- Andre forsikrings selskaber, hvor jeg har anmeldt min skade.
- Sygeforsikringen "danmark", hvis jeg modtager tilskud herfra til den dækkede behandling.
- Min nuværende og tidligere bopælskommune

Hvilke typer af oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer og kontakter til sundhedsvæsenet.
- Politirapporter, skema med beskrivelse af uheldet og politianmeldelse.
- Afgørelser truffet af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring i sager med relevans med min nuværende ulykkesforsikrings sag.

For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 5 år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor AP Pension har taget stilling til min sag.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan AP Pension med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

Tilbagetrækning af samtykke

Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for AP Pensions mulighed for at behandle min sag.

Dato

CPR-nr.

-

Underskrift

Samtykkeerklæringen er aftalt mellem Lægeforeningen og forsikring & Pension

CPR-nr.

CVR-nr.

US01 A