

Anmeldelse
Ulykkesforsikring/Hændelsesforsikring
Personskade

CODAN

Undgå hæfteklammer – brug clips! Vi scanner bilagene

Forsikringstager

Navn	
Adresse	
Postnr.	By

Skadenr.

(udfyldes af Codan)

Policenr.

Tlf. privat

Tlf. arbejde

CPR-nr.

Forsikringssum

Som aftalt sender vi dig her en skadeanmeldelse.
Det er vigtigt, at du udfylder anmeldelsen så udførligt som muligt.
Er anmeldelsen udfyldt korrekt, vil du hurtigere modtage svar fra os.

Du er altid velkommen til at kontakte os, hvis du har spørgsmål i forbindelse
med anmeldelsen eller skaden.

Anmeldelsen skal sendes til nedenstående adresse.

Venlig hilsen

Codan

Læge- behandling m.v.	Hvilke legemsdele er beskadiget ved ulykken? <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre		
	Diagnose på dansk		
	Hvor blev du undersøgt første gang efter skaden? Hos?	Hvornår? (dag, måned, år)	
	Blev der tilkaldt ambulance ved ulykken?		
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hos hvem? (skriv også hvis der er planlagt operation)	Hvornår? (dag, måned, år)	
	Har du været sygemeldt i forbindelse med ulykken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, i hvilken periode?		
	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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis nej, hvorfor?		
	Har du søgt, eller modtager du pension? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, for hvilken lidelse, sygdom eller skade?		
	Hvornår?	Hvilken kommune?	
	Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvilke gener?		
	Er du tidligere blevet undersøgt/behandlet hos læge, fysioterapeut, kiropraktor eller lign.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hos hvem?	Hvornår? (dag, måned, år)	
	Hvilken lidelse blev du undersøgt/behandlet for?		
	Hvem er din læge? (navn, adresse, postnr. og by)		
Tidligere skader	Har du tidligere været udsat for et ulykkestilfælde? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår?	Hvilken legemsdel?	
	Har du modtaget erstatning herfor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, fra hvilket selskab?		
	Skadenr.?	Méngrad?	
Danmark	Er du medlem af sygeforsikringen "danmark"? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvilken gruppe?		
Andre forsikringer	Er skaden anmeldt – eller bliver skaden anmeldt til en af følgende forsikringer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	<input type="checkbox"/> Egen Ulykke/rejseulykke	Selskab	Skade/ref.nr.
	<input type="checkbox"/> Ulykke via arbejdsgiver	Selskab	Skade/ref.nr.
	<input type="checkbox"/> Ulykke via fagforbund	Selskab	Skade/ref.nr.
	<input type="checkbox"/> Anden/kollektiv ulykke	Selskab	Skade/ref.nr.
	<input type="checkbox"/> Modparts ansvarsforsikring	Selskab	Skade/ref.nr.
	<input type="checkbox"/> Anden ansvarsforsikring	Selskab	Skade/ref.nr.
	<input type="checkbox"/> Arbejdsskadeforsikring	Selskab	Skade/ref.nr.
Skade som er sket under arbejde SKAL anmeldes til arbejdsskadeforsikringen.			

Derfor skal du give samtykke

Når du anmelder en skade til Codan Forsikring A/S (herefter kaldet Codan), har du pligt til at give Codan alle tilgængelige og relevante oplysninger,

som kan være af betydning for vurderingen af skaden og beregning af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Jeg giver hermed samtykke til, at;

- Codan må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Codan finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling.
- De, som Codan indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Codan har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner.
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.
- Forsikringselskaber, pensionskasser, Videncenter for Helbred & Forsikring og Patientforsikringen.
- Samarbejdspartnere, som udfører opgaver for Codan i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling.

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet.
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Codan 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 Codan indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Erklæring vedrørende oplysninger

Jeg erklærer, at de besvarelser og oplysninger, som jeg har afgivet, er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortællelser kan medføre, at erstatningen nedsættes eller helt bortfalder.

Codans vurdering af dine oplysninger

Codan gemmer dine oplysninger. Codan kan indhente flere oplysninger om dig og din skade via offentligt tilgængelige medier, kilder og vidner mv. for at vurdere din skadeanmeldelse og det fremsatte krav. Codan opbevarer oplysningerne så længe, der kan blive brug for dem i forhold til din forsikring og de anmeldte skader.

Mit samtykke og de indhentede oplysninger bliver altid behandlet i overensstemmelse med persondatalovens regler.

Er tilskadekomne under værgemål Nej Ja

Hvis ja, oplys navn og adresse på værge.

Værge

Navn	
Adresse	
Postnr.	By

Skal udfyldes

Dato	Tilskadekomnes underskrift	Værges underskrift (hvis skadelidte er under 18 år, eller under værgemål)
------	----------------------------	---

Sendes til:

Codan, Ulykkeskade, Gammel Kongevej 60, 1790 København V – eller via e-mail ulykkeskade@codan.dk