

Tryghedsforsikring

Skadeanmeldelse sygdom/ulykke/dødsfald

1/2

Vigtig information
1. Skadeanmeldelsen sendes til: Crawford & Company Danmark Lergravsvej 59 2300 København S e-mail: ulykke.skade@crawco.dk 2. Side 1 udfyldes af den skadelidte/låntageren eller anmelder 3. Side 2 udfyldes af den skadelidtes/låntagerens læge 4. Ved sygdom/ulykke skal kopi af udbetalingspecifikationer fra Kommunen fra og med første sygedag vedlægges Husk, at du fortsat skal betale forsikringspræmien, hvis vi godkender din anmeldelse og udbetaler erstatning ved sygdom eller ulykke.

Skadelidte / Anmelder		
Navn:		Lånenr.:
Adresse:		Cpr.nr.:
Postnr:	By:	Telefon:
Email:		
Selvstændig: Ja ☐ Nej ☐		Selvstændig siden (dato):
Har du indenfor de seneste 12 måneder været uarbejdsdygtig i mere end 15 sammenhængende dage?		Nej ☐ Ja ☐ Hvis ja, hvilken periode?:

Skadeoplysninger	
Sygdom ☐	Side 2 udfyldes af den skadelidtes/låntagerens læge
Ulykke ☐	Side 2 udfyldes af den skadelidtes/låntagerens læge
Dødsfald ☐	Side 2 udfyldes af den skadelidtes/låntagerens læge. Kopi af dødsattest skal indsendes sammen med anmeldelsen.

Erklæring på tro og love	
Undertegnede begærer hermed om udbetaling af forsikringssummen i overensstemmelse med gældende forsikringsvilkår. Jeg indestår for, at alle oplysninger i denne anmeldelse er korrekte og accepterer, at Forsikringsgiveren kan kræve tilbagebetaling af eventuel erstatning, hvis jeg har tilbageholdt eller givet urigtige oplysninger. Jeg giver samtidig Forsikringsgiveren fuldmagt til, på mine vegne, at indhente oplysninger fra nuværende og tidligere arbejdsgivere, Jobcenter, kommune, a-kasse, faglige organisation og deres juridiske afdeling, læge m.m., som er nødvendige for behandlingen af min anmeldelse.	
Dato:	Underskrift:

Tryghedsforsikring

Skadeanmeldelse sygdom/ulykke/dødsfald

2/2

UDFYLDES AF SKADELIDTES LÆGE

Skadelidte		
Navn:		Cpr.nr:
Adresse:		
Postnr:	By:	

1	Hvad er den skadelidte ramt af? Kopi af dødsattest skal indsendes sammen med anmeldelsen.	Sygdom ☐ Ulykke ☐ Død ☐
2	Hvilken dato indtraf sygdommen/ulykken/dødsfaldet?	
3	Hvilken dato var skadelidtes første sygedag fra arbejdet?	
4	Hvordan opstod sygdommen/ulykken/dødsfaldet?	
5	Er sygdommen/ulykken/dødsfaldet opstået under skadelidtes påvirkning af alkohol, narkotika eller lignende giftstoffer eller misbrug af medicin?	Ja ☐ Nej ☐
6	Skyldes sygdommen/ulykken/dødsfaldet... a. deltagelse eller træning i farlig sport herunder f.eks. cykel- eller heste- væddeløb på bane, boksning, karate og lignende kampsport eller dykning? Ja ☐ Nej ☐ b. deltagelse i professionel idræt? Ja ☐ Nej ☐ c. deltagelse eller træning i nogen form for motorsport? Ja ☐ Nej ☐ d. at den helt eller delvist er en følge af graviditet eller fødsel? Ja ☐ Nej ☐ e. HIV eller AIDS eller dertil relateret sygdom? Ja ☐ Nej ☐ f. årsager, som kan tilskrives psykiske eller nervøse lidelser? Ja ☐ Nej ☐	
7	Har den skadelidte tidligere været ramt af samme sygdom?	Ja ☐ Nej ☐
8	Hvornår blev sygdommen diagnosticeret første gang? Ved flere sygdomme skal dato for hver sygdom noteres.	
9	Hvad er den skadelidtes diagnose? (på latin og dansk)	
10	Dato for lægebehandling?	
11	Er den skadelidte henvist til yderligere behandling/speciallæge?	Ja ☐ Nej ☐
12	Er den skadelidte fuldstændig uarbejdsdygtig? Ved flere sygdomme noteres hvilken sygdom, der gør skadelidte uarbejdsdygtig:	Ja ☐ Nej ☐
13	Hvor længe forventes den skadelidte at være fuldstændig uarbejdsdygtig?	

STEMPEL	Dato:
	Underskrift: