

# 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?

- Hos læge  
 På hospital

Angiv navn og adresse på læge/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?

- Nej  Ja

Hvis ja, hvilken?

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

- Nej  Ja

Hvis ja, hvornår og hvilken?

D Blev skaden dengang anmeldt til et forsikringselskab?

- Nej  Ja

Hvis ja, hvilket forsikringselskab og evt. policenr.?

E Har du tidligere modtaget erstatning på samme legemsdel?

- Nej  Ja

Hvis ja, oplys méngrad

## 5. Oplysninger om forsikring i andet forsikringselskab

A Er du forsikret mod ulykke i et andet forsikringselskab?

Nej  Ja

Hvis ja, oplys forsikringselskabet 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-/ansvarsforsikringselskab?

Nej  Ja

Hvis ja, oplys forsikringselskabets navn og policenr.

D Er der en modpart?

Nej  Ja

Hvis ja, oplys modpartens navn, adresse, forsikringselskab 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 [appension.dk/persondatapolitik](http://appension.dk/persondatapolitik). 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](http://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 &amp; Pension

CPR-nr.

CVR-nr.

US01 A