

Person/ulykkesforsikring

Anmeldelse af legemsbeskadigelse



Codan Forsikring
Gammel Kongevej 60
1790 København V

Telefon 33 55 55 55
Telefax 33 55 21 22
www.codan.dk

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Skadenr. (udfyldes af Codan)

Policenr.

Tlf. privat

Tlf. arbejde

Cpr.nr.

Som aftalt sender vi dig her en skadesanmeldelse.
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 ovenstående adresse.

Med venlig hilsen

Codan Forsikring

Læge- behandling m.v.	Hvilke legemsdele er beskadiget ved ulykken?
	Hvor blev du undersøgt første gang efter skaden? Hos: _____ Hvornår? Den ____ / ____
	Blev der tilkaldt ambulance ved ulykken?
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hos hvem? _____ Hvornår? Den ____ / ____
	(skriv også hvis der er planlagt operation)
	Hvis du selv har kopi af journaler fra din læge, skadestue, sygehus eller privathospital, skal disse vedlægges.
Tidligere lidelser	Har du været sygemeldt i forbindelse med ulykken? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, i hvilken periode? _____
	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"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, for hvilken lidelse, sygdom eller skade? Hvornår? _____ Fra hvilken kommune? _____
	Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvilke gener? _____
	Er du tidligere blevet undersøgt / behandlet hos læge, fysioterapeut, kiropraktor eller lign.? Hos: _____ Hvornår? _____
	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"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvornår? _____ Hvilken legemsdel? _____
	Har du modtaget erstatning herfor? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, fra hvilket selskab? _____
	Skadenr.? _____ Méngrad? _____
	Her kan du skrive, hvis du har yderligere oplysninger omkring dine helbredsforhold. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	_____ _____ _____
	_____ _____ _____

