

# Ulykke Hooves Skadeanmeldelse



## Policenr./skadenr. og skadelidtes CPR-nr.

Policenr. 882 3000 002 407	Skadelidtes CPR-nr.
-------------------------------	---------------------

## Skadelidte

Navn	Telefonnr.	
Stilling	E-mail	
Foretrækker du kommunikation om skaden på Mail                      Med alm. post		
Adresse	Postnr.	By
Hvor skete ulykkestilfældet?	Hvornår skete ulykkestilfældet? (Oplys dato og klokkeslæt)	
Hvilken legemsdel blev ramt, og hvori bestod beskadigelse?		

## Ulykkestilfælde

Skadeårsag bedes besvaret med en klar beskrivelse af de omstændigheder, der fremkaldte skaden		
Hvornår og af hvem blev den første lægehjælp som følge af skaden foretaget? (Har du en skadestuerapport, vil vi bede dig om at vedlægge/vedhæfte den)		
Er du efterfølgende blevet behandlet af en læge i forbindelse med skaden, og er der stillet en diagnose? Ja                      Nej		
Hvis ja, oplys venligst:		
Hvor du er blevet behandlet	Diagnose	Hvornår du er blevet behandlet
Hvilke gener har du efter uheldet, og hvordan har udviklingen været?		
Er du opereret? Ja                      Nej		
Har du været indlagt? Ja                      Nej		
Hvis ja, oplys venligst:		
Hvor du har været indlagt	Hvor længe du har været indlagt (oplys perioden)	

### Ulykkestilfælde (fortsat)

Får du/har du fået eller skal du have behandling af fysioterapeut, kiropraktor eller anden behandler i forbindelse med skaden?		
Ja	Nej	Ikke afklaret
Hvis ja, oplys venligst:		
Behandlers navn		
Adresse	Postnr.	By
Har du tidligere haft skader/sygdomme i den legemsdel (det område), der nu er beskadiget?		
Ja	Nej	
Hvis ja, oplys venligst hvilke, samt hvor og hvornår du har været behandlet		
Har du tidligere modtaget erstatning for lignende skade?		
Ja	Nej	
Hvis ja, oplys venligst hvornår og hvorfra?		
Lider du af andre kroniske sygdomme?		
Ja	Nej	
Hvis ja, oplys venligst hvilke?		
Er der optaget politirapport?	Hvis ja, oplys venligst hvilken politistation?	
Ja	Nej	
Var du påvirket på ulykkestidspunktet (herunder spiritus, rusmidler, medicin eller andet)		
Ja	Nej	
Hvis ja, oplys venligst hvad du havde indtaget og hvor mange genstande?		

### Fællesoplysninger

Navn på egen læge		
Adresse på egen læge	Postnr.	By
Har du sundhedsforsikring?	Hvis ja, oplys venligst hvilket selskab og policentr.	
Ja	Nej	
Har du ulykkesforsikring i andre selskaber?	Hvis ja, oplys venligst hvilket selskab og policentr.	
Ja	Nej	
Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark?	Hvis ja, oplys venligst gruppenr.	
Ja	Nej	

### Bankoplysninger

Kontoindehaver	
Bankens navn	Reg.nr. og kontonr.

### Underskrift

Jeg erklærer, at min besvarelse er i overensstemmelse med de faktiske forhold, og at intet af betydning for sagen er fortiet. Til brug for vurdering af om og hvilket omfang erstatning kan udbetales, har Tryg min tilladelse til at udveksle oplysninger og dokumentation om mine nuværende og tidligere forsikringsforhold med andre forsikringsselskaber, hvor jeg er eller har været forsikret.	
Dato	Underskrift