

SKADEANMELDELSE

Tandskade

Vi ønsker at kunne hjælpe dig bedst muligt og derfor er det vigtigt, at vi får et godt indblik i hvilken skade, du har været udsat for og dens omfang.

Derfor beder vi dig besvare spørgsmålene omhyggeligt og supplere, hvis der er specielle forhold, som ikke bliver belyst tydeligt nok i anmeldelsens rubrikker.

Generelt gælder det, at reparationer ikke må påbegyndes eller skadede effekter bortkastes, før vi eller vores taksator har givet tilladelse eller erstatningen er udbetalt.

Hvis du står over for et problem, som kræver en meget hurtig løsning, er du selvfølgelig velkommen til at kontakte os.

Vi beder dig venligst returnere anmeldelsen.

Venlig hilsen
Skadeafdelingen

1. Reference	Policenummer: DFA-	Cpr. nr.:	E-mail
2. Forsikringstager	Navn:		
	Adresse: (vej og by)		
3. Skadelidte	Stillingsbetegnelse:		
	Navn:		
	Adresse: (vej og by)		
4. Andre forsikringselskaber	Er skaden anmeldt til andre forsikringselskaber? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		
	Hvis ja, hvilke:		
	Selskab: _____	Policenummer: _____	
	Selskab: _____	Policenummer: _____	
5. Sygeforsikring	Er skadelidte medlem af Sygeforsikringen Danmark? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		
	Hvilken gruppe (1, 2, 5, 8)? _____		
6. Skadetilfældet	Dato og tidspunkt	Hvor skete skaden (vej og by)	
	I forbindelse med hvad skete skaden:	Ja:	Nej:
	1. Arbejdspladsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Under lønnet/ulønnet arbejde for andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Andet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hvordan skete skaden:		
	Var skadelidte under påvirkning af spiritus eller andre rusmidler i ulykkesøjeblikket? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		
	Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger:		
	Er der optaget politirapport? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Hvilken station?	Spiritustrøve? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

7. Underskrift	<p>Jeg erklærer herved, at mine besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at erstatningen nedsættes eller helt bortfalder. Jeg samtykker, i at de involverede selskaber kan søge oplysninger hos de læger, lægelige institutioner, forsikringselskaber samt offentlige myndigheder, som kan bidrage til en korrekt bedømmelse af min tilstand, samt at de involverede selskaber kan gøre disse bekendte med det, der er oplyst til de involverede selskaber. Er ulykken anmeldt til politiet eller Arbejdsskadestyrelsen, giver jeg samtidig de involverede selskaber tilladelse til at indhente oplysninger hos disse.</p>	
	Dato	Underskrift

HUSK, at tandlægeerklæring skal udfyldes af tandlægen og returneres til selskabets hovedkontor.