

24. august 2016

Ole Paulsen
Hillerødvej 22
Tulstrup
3400 Hillerød

Telefon +45 44 20 40 97
Telefontid 8.00 - 17.00 (man-fre)
Fax +45 44 20 53 48
E-mail ulykkeskade@tryg.dk

Forsikring Kollektiv Ulykke
Skadenummer 882 - 3.000.001.036
19.08.2016 1 J35D
Vores kunde PFA Holding A/S

Skadeanmeldelse

Skadelidte: Ole Paulsen
CPR-nr: 240353-0657

Som aftalt sender vi en skadeanmeldelse og en samtykkeerklæring, som vi beder dig udfylde og indsende hertil.

Såfremt du har noget lægeligt vedrørende uheldet, f.eks. skadestuejournal, bedes det lægelige medsendt som kopi sammen med anmeldelsen. Hvis skaden er sket i udlandet, beder vi dig om at vedlægge kopi af den udenlandske lægejournal.

Dit kontonummer

Af hensyn til en hurtigere ekspedition af sagen beder vi dig venligst om at oplyse dit kontonummer til brug for en eventuel udbetaling af erstatning, da vi ikke kan tilbyde at sende en check. Hvis du senere får nyt kontonummer, er det vigtigt, at du kontakter os med det nye kontonummer.

Har du spørgsmål, er du naturligvis velkommen til at kontakte os. Vi beder dig oplyse vores skadenummer, så vi hurtigere kan finde sagen. Hvis du kontakter os på e-mail, beder vi dig skrive skadenummeret i emnefeltet.

Venlig hilsen

Katja Kaagaard
Skadebehandler Ulykkeskade

SKADEANMELDELSE ULYKKESFORSIKRING

Husk at udfylde både side 1 og 2

Kollektiv ulykkesforsikring for PFA Holding A/S

Police-/skadenummer: 882 - 3.000.001.036 19.08.2016 1 J35D	Personnummer/skadelidte: 240353-0657	Betingelsesnummer: UL02
--	---	----------------------------

Besvares af forsikringstageren

Skadelidtes navn Ole Paulsen	Telefon privat/mobil 20 12 88 54
Stilling IT ORGANELEDER	Telefon arbejde 20 12 88 54

E-mail: GPA@PFA-DK / SUSOLEP@GMAIL.COM	Foretrækker du kommunikation om skaden på Mail <input checked="" type="checkbox"/> Pr. alm post <input type="checkbox"/>
---	---

Adresse Hillerødvej 22	Postnr. 3400	By Hillerød
---------------------------	-----------------	----------------

Hvor/hvornår skete ulykkestilfældet Sted RYVANGSALLE, HELLERUP	Dato / klokkeslæt 19/8 2016 KL. 15 ²⁰	Hvilken legemsdel blev ramt, og hvori bestod beskadigelsen? RYG-NAKKE/V. SKULDER, ØM/ONDT I NAKKE-LÆND
---	---	---

Skete ulykken i Danmark? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej	Hvis nej, oplys dato for udrejse	Hvis nej, oplys dato for hjemrejse
---	----------------------------------	------------------------------------

Skete ulykkestilfældet i din fritid Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	I andres tjeneste Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/> Selvstændig <input type="checkbox"/>	Hvis ja, er skaden anmeldt til arbejdsskadeforsikringen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
--	--	--

Ulykkestilfælde

Skadeårsag bedes besvaret med en klar beskrivelse af de omstændigheder, der fremkaldte skaden.

BLEV PÅKØRT BAGFRA MENS JEG HOLDT FOR RØDT BAG 3 ANDRE BILER.
FØREREN AF BIL DER KØRTE OP BAG I MIG HAVDE IKKE SET AT VI HOLDT
4 BILER FOR RØDT LYS. MIN BIL BLEV TOTALSKADET VED PÅKØRSLEN

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?	22/8 2016 HOS EGAN LÆGE NEJ
---	--------------------------------

Er du efterfølgende blevet behandlet af en læge i forbindelse med skaden, og er der stillet en diagnose?	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
--	---

Hvis ja, oplys venligst hvor og diagnosen.	EGEN LÆGE FORMODENTLIG PISKE SMÆLD	hvornår 22/8 2016
---	---------------------------------------	----------------------

Hvilke gener har du efter uheldet, og hvordan har udviklingen været?	ONDT I NAKKE OG LÆND, UÆNDRET UDVIKLING
--	---

Er du opereret?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------	---

Har du været indlagt? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor har du været indlagt?	Hvis ja, hvor længe har du været indlagt? (oplys perioden)
---	-------------------------------------	--

Får du, har du fået eller skal du have behandling af fysioterapeut, kiropraktor eller anden behandler i forbindelse med skaden?	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ikke afklaret <input type="checkbox"/>
---	--

Hvis ja, oplys venligst navn og adresse på behandleren.	Navn: TINA OLSEN, FYSICENTRUM
	Adresse: HOSTROPVEJ 21
	Postnr: 3400 By: HILLERØD

Har du tidligere haft skader/sygdomme i den legemsdel (det område), der nu er beskadiget?	NEJ
---	-----

Hvis ja, oplys venligst hvilke, samt hvor og hvornår du har været behandlet.

Police / skadenummer: 882 - 3.000.001.036 19.08.2016 1 J35D

Har du tidligere modtaget erstatning for lignende skade? Hvis ja, oplys venligst hvornår og hvorfra

NEJ

Lider du af andre kroniske sygdomme? Hvis ja, oplys venligst hvilke.

UREGELMÆSSIG HJERTE RYTME, FORHØJET BLODTRYK

Er der optaget politirapport?

Hvilken politistation?

Ja Nej

Var du påvirket på ulykkestidspunktet (herunder spiritus, rusmidler, medicin eller andet)

Ja Nej

Hvis ja, hvad havde du indtaget og hvor mange genstande?

Ved færdselsskade

Som fører <input checked="" type="checkbox"/>	Hvor er bilen forsikret?	Police-/reg.nr.	Modparts selskab	Police-/reg.nr.
Som passager <input type="checkbox"/>	FDM FORSIKRING		TRYG	UKENDT

Fællesoplysninger

Navn på egen læge: MARTIN RISS JOHANSEN LÆGERNE I MÅRVEDSTRÆDE	Adresse på egen læge: LÆGERNE I MÅRVEDSTRÆDE MÅRVEDSTRÆDE 10 Postnr. 3400 By: HILLERØD
Har du ulykkesforsikring i andre selskaber? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>	Hvilket - selskab og policenr. bedes oplyst
Har du sundhedsforsikring? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Selskab og policenr. bedes oplyst PFA 70034454
Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Gruppenummer 2

Kontonummer

Hvis vi skal betale erstatning har vi brug for dit kontonummer	Reg.nr. 6610	Kontonr. 1479135
--	--------------	------------------

Underskrift

Sted KBH	Dato 29/8 2016	Underskrift
-------------	-------------------	-----------------

