

Skadeanmeldelse sendes til:

Chartis Europe S.A.

Kalvebod Brygge 45

DK-1560 København V

Tlf +45 33 73 24 00

Fax +45 33 73 24 70

www.chartisinsurance.com



SKADEANMELDELSE – Ulykkestilfælde

Det er vigtigt, at De udfylder anmeldelsen så udførligt som muligt. Er anmeldelsen udfyldt korrekt, vil vi hurtigere kunne tage stilling til sagen.

Hvis ulykkestilfældet har medført legemsbeskadigelse, og er der lavet skadestuerapport eller lignende, bedes denne indsendes sammen med skadeanmeldelsen.

Såfremt De har spørgsmål i anledning af skaden eller i forbindelse med udfyldelse af anmeldelse, er De naturligvis velkommen til at kontakte vores skadeafdeling.

Med venlig hilsen

Chartis Europe S.A.

Skadeanmeldelse sendes til:
Chartis Europe S.A.
Kalvebod Brygge 45
DK-1560 København V
Tlf +45 33 73 24 00
Fax +45 33 73 24 70
www.chartisinsurance.com

Internt skade nr.

Skade nr.
(Udfyldes af Chartis)



SKADEANMELDELSE – Ulykkestilfælde

FORSIKRINGSTAGER

SE/CVR nr.	Police nr.
Viksomhedens navn	Kontaktperson
Adresse	Postnr. og by

SKADELIDTE

Stilling	CPR-nr.
Navn	Reg. & Konto nr.
Adresse	Postnr. og by
Telefon/Mobil	E-mail

ULYKKEN

Hvornår skete ulykken?	Dato	Klokkeslæt
Hvor skete ulykken? På arbejdspladsen ☐ Ja ☐ Nej I fritiden ☐ Ja ☐ Nej Under lønnet/ulønnet arbejde for andre? ☐ Ja ☐ Nej	Adresse	
Hvordan skete ulykken? (Det er vigtigt, at hændelsesforløbet er udførligt beskrevet)		
Hvad var årsagen til ulykken?		
Hvilken legemesdel(e) blev beskadiget ved ulykken?		
Var De under påvirkning af spiritus eller andre rusmidler i ulykkesøjeblikket? Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger. ☐ Ja ☐ Nej		

Var De fuldstændig rask og arbejdsdygtig da ulykken skete? ☐ Ja ☐ Nej Hvis nej, hvorfor ikke?
Hvad er Deres daglige arbejde?

POLITIRAPPORT

Er der optaget politirapport? ☐ Ja ☐ Nej	Hvis ja, hvilken station?
--	---------------------------

ANDRE FORSIKRINGER ANSVARSFORSIKRING, ARBEJDSSKADEFORSIKRING, SUNDHEDSFORSIKRING, ULYKKESFORSIKRING MV.

Er ulykken anmeldt til andre forsikringsselskaber? ☐ Ja ☐ Nej			Hvis ja, hvilke?
Selskab	Police/skadenr.	Hvilke type forsikring?	
Er De medlem af Sygeforsikringen Danmark? ☐ Ja ☐ Nej Hvis ja, hvilken gruppe (1, 2, 5 eller 8)			

LÆGE BEHANDLING

Hvornår kom de under lægebehandling?	Dato	Klokkeslæt
Opgiv venligst behandlingssted, navn og adresse		
Læge	Navn	
	Adresse	
Hospital	Navn	
	Adresse	
Andet	Navn	
	Adresse	
Hvem er Deres sædvanlige læge?	Navn	
	Adresse	

UNDERSKRIFT - FORSIKREDES

Jeg erklærer herved, at mine besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortelser kan medføre, at erstatningen nedsættes eller helt bortfalder. Jeg samtykker i, at Chartis kan søge oplysninger hos de læger, lægelige institutioner, forsikringsselskaber samt offentlige myndigheder, som kan bidrage til en korrekt bedømmelse af min tilstand, samt at Chartis kan gøre disse bekendt med det, der er oplyst til Chartis. Er ulykken anmeldt til politiet eller Arbejdsskadestyrelsen, giver jeg samtidig Chartis tilladelse til at indhente oplysninger hos disse.w	
Sted og dato	Underskrift
Firma underskrift og stempel (Kun ved arbejdsgiver tegnet forsikring)	Skadelidtes underskrift (For børn under 18 år, vægens underskrift)