

DFH-903

Udfyldes af skadeservice
Skade nr.

Skadesanmeldelse

- ved dødsfald

Forsikringstager

Stilling	Police nr.
Navn:	Cpr.nr.
Adresse:	Postnr. og by

Afdøde

Stilling	Cpr.nr.
Navn:	
Adresse:	Postnr. og by

Beskrivelse af ulykken

Hvornår skete ulykken?	Dato:	Klokkeslæt:
Hvor skete ulykken?		
Adresse:	Postnr:	By:
Hvordan skete ulykken? (Dette spørgsmål må besvares nøjagtigt og udførligt, så der kan dannes et billede af hvad der skete.)		
1. Hvad skete umiddelbart før ulykken?		
2. Hvordan skete ulykken?		

Lægelige oplysninger

Hvornår kom afdøde under lægebehandling		Dato	Klokkeslæt
Navn og adresse på læge/sygehus?		Adresse	Postnr og by
Var afdøde dig bekendt fuldstændig rask og arbejdsdygtig, da ulykken indtraf?	☐ Ja ☐ Nej		
Hvis nej, hvilken sygdom/årsag?			

Andre oplysninger

Skete ulykken i fritiden?	☐ Ja ☐ Nej	Skete ulykken på vej til eller fra arbejde?	☐ Ja ☐ Nej
Skete ulykken ved eget erhverv, herunder eget landbrug?	☐ Ja ☐ Nej	Er ulykken sket under militærtjeneste eller under arbejde for andre (herunder ulønnet hjælp i klub/forening)?	☐ Ja ☐ Nej
Skete ulykken under arbejde	☐ Ja ☐ Nej		
Hvis ja, for hvem udførtes arbejdet?			
Er/bliver ulykken anmeldt til den lovpligtige arbejdsskadeforsikring?	☐ Ja ☐ Nej		
Hvis ja, i hvilket selskab?			
Skade nr./police nr.?			

Politirapport

Er der optaget politirapport?	☐ Ja ☐ Nej	Hvis ja, hvilken politistation?
Er der dig bekendt foretaget spiritusprøve?	☐ Ja ☐ Nej	

Færdselsskade

Er der tale om en færdselsskade?	☐ Ja ☐ Nej
Var afdøde fører eller passager i en bil?	☐ fører ☐ passager
Var afdøde fører eller passager på en motorcykel?	☐ fører ☐ passager

Forsikring i andet selskab

Er afdøde syge- eller ulykkesforsikret i et andet selskab?	☐ Ja ☐ Nej	Hvis ja, i hvilket selskab?	Police nr.
Er skaden anmeldt til en andet selskab?	☐ Ja ☐ Nej	Hvis ja, dato:	

Hvis ægtefælle efterlades

Undertegnede ægtefælle bekræfter rigtigheden af ovenstående oplysninger. Idet jeg vedlægger vielsesattest, erklærer jeg på tro og love, at mit ægteskab med afdøde ikke var ophævet ved separation eller skilsmisse, men at afdøde til sin død levede i ægteskab med mig

Dato	Underskrift
------	-------------

Hvis ingen ægtefælle efterlades men børn

Der efterlades ingen ægtefælle, men børn (levende og døde, myndige og umyndige, født inden- og udenfor ægteskab, adoptivbørn, men ikke stedbørn). Der anføres fødselsdag og -år, for døde børn tillige dødsår. Er et eller flere børn døde, må under "særlige bemærkninger" anføres navn, fødselsdag og adresse for deres børn, idet disse tager arv efter afdøde. Fødsels- eller dødsattester vedlægges (Kun kopi).

Navn	Cpr.nr.	Død den
------	---------	---------

Adresse

Navn	Cpr.nr.	Død den
------	---------	---------

Adresse

Navn	Cpr.nr.	Død den
------	---------	---------

Adresse

Navn	Cpr.nr.	Død den
------	---------	---------

Adresse

Barns/børns værge:

Særlige bemærkninger:

Husk at underskrive på næste side

Underskrift

Undertegnede erklærer herved, at ovennævnte oplysninger er korrekte.

Jeg giver samtykke til, at de involverede parter kan indhente oplysninger om afdødes helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for bedømmelse af forsikringsbegivenheden og for fastsættelse af forsikringsydelsen.

Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger fra tegningstidspunktet for forsikringen til tidspunktet for den endelige fastsættelse af forsikringsydelsen. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis de involverede ønsker det.

Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehus, sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos forsikringsselskaber/pensionskasser.

Andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.

Jeg giver tillige tilladelse til at indhente kopi af obduktionserklæring.

Underskriverens slægtsforhold til afdøde

Navn

Adresse

Postnummer

By

Tlf. nr. dag

Tlf. nr. aften

Dato

Underskrift