

# Kollektiv ulykkesforsikring

## Anmeldelse Personskade

Anmeldes via:

CO\*WINS International  
Bag Haverne 20  
4600 Køge  
mail: lederne@cowins.dk

### Hvem har tegnet forsikringen?

Hvem har du tegnet forsikring igennem?

Navn og evt. adresse:

### Police-/skadenummer

Police-/skadenummer

### Tilskadekomne

Navn	CPR-nr.
Hvad arbejder du med til daglig/ hvad er dit erhverv?	

### Telefon/e-mail og kontonummer

Telefonr./mobiltelefonnr.	E-mail
Bankoplysninger (registrerings-/kontonr.)	

### Arbejde/fritid

Skete ulykken

Under arbejde     Under arbejde som selvstændig erhvervsdrivende     I fritiden     Andet

### Ulykken

Hvornår skete ulykken? (Dato, årstal og tidspunkt)

Hvordan skete ulykken?

## Ulykken - fortsat

Hvilken personskade er sket, eventuelt diagnose?	
Forventer du at få varigt mén? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>	Har du nogle krav/udgifter her og nu? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ønsker du blot ulykken registreret? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Var du på ulykkestidspunktet påvirket af medicin, spiritus eller andet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

## Lægebehandling/-undersøgelse

Hvilken læge/ hvilket sygehus undersøgte dig første gang efter ulykken og hvornår?
Hvem er din egen læge? (Navn, adresse, postnr, by)

## Helbred/tidligere skader

Har du tidligere haft skader/gener i samme legemsdel (det område der nu er skaderamt)? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
--

## Andre forsikringer

Er du medlem af Sygeforsikringen "danmark"? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Er skaden anmeldt til andre forsikringer? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilket selskab?	Under hvilket police-/skadenummer?

Anmeldelsen er udfyldt den _____ og jeg bekræfter, at mine oplysninger er korrekte.
Navn