

# Forsikrede



<b>Erhverv på skadestidspunktet</b>	
Navn	
Adresse	
Postnr.	By
Arbejdede afdøde mindst 20 timer pr. uge på skadestidspunktet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Var afdøde på efterløn på skadestidspunktet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

<b>Policenr.</b>	
<b>Fødselsdato</b>	

## Anmeldelse af ulykkestilfælde - dødsfald

<b>Beskrivelse af ulykkestilfældet</b>	Hvornår skete ulykken den ____ / ____ År ____ kl. ( 0-24) ____	
	Hvor skete ulykken?	
	Hvordan skete ulykken, og hvad var årsagen til dødsfaldet?	
<b>Lægelige oplysninger</b>	Hvem var afdødes egen læge?	Navn, adresse, postnr. og By
	Blev afdøde behandlet på sygehus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilket sygehus og hvilken afdeling?
	Er der foretaget obduktion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilket sygehus og hvornår?
<b>Skete ulykken</b>	I fritiden <input type="checkbox"/>	Under arbejde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>
	På arbejdsgivers område <input type="checkbox"/>	Ærinde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>
	Som selvstændig <input type="checkbox"/>	Under militærtjeneste <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Under arbejde for andre ( vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)	
	Hvem arbejdede afdøde for?	
	Hvad var aftalt omkring arbejdets omfang?	
	<input type="checkbox"/> I fritidslandbrug	<input type="checkbox"/> Var afdøde momsregisteret?
<b>Andre oplysninger</b>	Havde afdøde indenfor det sidste døgn inden skaden indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lign.? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget?
<b>Politi</b>	Er der op taget politirapport ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken station?
<b>Trafikskade</b>	Var afdøde fører eller passagerer? <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passagerer	
	I bil <input type="checkbox"/>	Motorcykel <input type="checkbox"/>
	På Knallert/scooter <input type="checkbox"/>	Under 50 ccm <input type="checkbox"/> Over 50 ccm <input type="checkbox"/>
	Andet <input type="checkbox"/>	Hvad

<b>Andre forsikringer</b>	Er uheldet anmeldt til eller bliver anmeldt til en eller flere af følgende forsikringer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår? ____ / ____ År _____		
	<input type="checkbox"/> Ulykke (herunder rejseulykke)	Selskab <input type="text"/>	Skade/ref.nr. <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Modparts ansvarsforsikring	Selskab <input type="text"/>	Skade/ref.nr. <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Arbejdsskadeforsikring	Selskab <input type="text"/>	Skade/ref.nr. <input type="text"/>
<b>Hvem efterlades</b>	<input type="checkbox"/> Ægtefælle/registeret partner efterlades (besvar pkt. 1) <input type="checkbox"/> Samlever efterlades (besvar pkt. 2) <input type="checkbox"/> Børn efterlades (besvar pkt. 3) <input type="checkbox"/> Testamente er oprettet (besvar pkt. 4)		
<b>Pkt.1</b>	I henhold til vielses/partnerskabsattest erklærer jeg på tro og love, at mit ægteskab/registerede partnerskab med afdøde ikke var ophevet ved separation eller skilsmisse på ulykkestidspunktet. Kopi af vielses-/partnerskabsattest vedlægges.		
	Dato	Fødselsdato	Underskrift
<b>Pkt. 2</b>	Der efterlades ingen registeret partner, men derimod samlever: Afdøde og samleveren har været samlevende i mere end 2 år: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (kopi af bopælsattester for begge parter vedlægges)		
	Afdøde og samleveren har fælles bopæl og venter, har eller har haft barn/børn sammen :(kopi af dåbsattest for barnet/børnene vedlægges) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
<b>Pkt. 3</b>	Der efterlades børn (levende og døde, myndige og umyndige, født inden-og udenfor ægteskab, adoptivbørn , men ikke stedbørn) Der anføres fødselsdag og -år. For døde børn anføres ligeledes dødsåret. Er et eller flere børn døde bedes dette oplyst i feltet "særlige bemærkninger" med navne, fødselsdagsdata og adresse for deres børn, idet disse tager arv efter afdøde.		
	Kopi af fødsels-, navne- eller dåbsattest/er vedlægges . Hvis død angives dødsår.		
	Navn	Adresse	Fødselsdato
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Særlige bemærkninger		
<input type="text"/>			
<b>Pkt. 4.</b>	Der efterlades ingen ægtefælle/registeret partner, ingen samlever og ingen børn, men afdøde havde oprettet testamente. Hvis ja vedlægges testamentet i kopi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
<b>Pkt. 5.</b>	Der efterlades ingen ægtefælle/registeret partner, ingen samlever, ingen børn og afdøde havde ikke oprettet testamente. I så fald anføres afdøde forældre. Er blot en af forældrene død, skal også pkt. 6. udfyldes.		
	Kopi af fødsels-, navne- eller dåbsattest/er for det afdøde medlem vedlægges. Hvis død angives dødsår.		
	Navn	Adresse	Fødselsdato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Pkt.6.</b>	Der efterlades ingen ægtefælle/registeret partner, ingen samlever, ingen børn , intet testamente og faderen og/eller moderen til afdøde er død. Den afdødes faders og/eller moders halvdel arves af vedkommendes børn, hvorfor disse anføres, hvad enten de lever eller ej. Ikke levende eventuelle livsarvinger anføres ligeledes.		
	Kopi af fødsels-, navne- eller dåbsattest/er vedlægges . Hvis død angives dødsår.		
	Navn	Adresse	Fødselsdato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## FP 602 Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed

Jeg giver hermed samtykke til, at

- ABCForsikring må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som ABCforsikring finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling
- de, som ABCforsikring indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som ABCforsikring har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringselskaber, Pensionskasser, Erstatningsnævnet og Patientforsikringen
- Følgende eksterne samarbejdspartnere, som udfører opgaver for ABCforsikring i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet.
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor ABCforsikring har taget stilling til mit krav.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berettiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked hver gang ABCforsikring indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Underskriverens slægtskabsforhold til afdøde		
Navn		
Adresse		
Postnr.	By	Telefonnr.
Dato	Cpr. nr	Underskrift

Når du oplyser din e-mailadresse, betyder det, at du giver samtykke til, at vi må sende breve til dig om skaden via e-mail.

E-mail	
--------	--