



## SÅDAN GØR DU

Udfyld blanketten og underskriv den. Derefter kan du maile den til [Gr\\_nlan.sjsln4piwxpbbvg1@u.box.com](mailto:Gr_nlan.sjsln4piwxpbbvg1@u.box.com) som en e-mailadresse til krypteret indhold. Alternativt kan du benytte [ulykke@slhdk.dk](mailto:ulykke@slhdk.dk)

# Anmeldelse af ulykkeskade

## Personlige oplysninger

Fulde navn	Stilling	
CPR-nr.	Kunde- eller policenr.	Telefon

## En eventuel erstatning bedes indsat på:

Bankkontooplysninger:	
Bankens navn:	
Registreringsnr. : (4 cifre)	Kontonr.: (max. 10 cifre)

## Ulykken

Hvornår skete ulykken?	Dato: _____ / _____ - _____	Klokkeslæt:
Hvor skete ulykken?	Sted: _____	

## Beskrivelsen af ulykken

<input type="checkbox"/>	Hvad var årsagen til ulykken? (Beskriv forløbet nøjagtigt og udførligt)		
<input type="checkbox"/>	Skete ulykken (sæt X) Alle spørgsmål skal besvares	På dit arbejde (også ulønnet/arbejde for andre)?	Ja      Nej
		Til eller fra arbejde?	Ja      Nej
		Hvis du har svaret "Ja" skal flg. 3 spørgsmål besvares:	
		Er transporten arrangeret af arbejdsgiver?	Ja      Nej
		Er transporten sket ifm. et ærinde for arbejdsgiver?	Ja      Nej
		Er transporten en del af dit arbejde?	Ja      Nej
		Som halv- eller helprofessionel udøver af sport?	Ja      Nej
<input type="checkbox"/>	Blev der optaget politirapport?	Ja      Nej	
	I bekræftende fald, på hvilken politistation:	Journal nr.:	
<input type="checkbox"/>	Havde du indtaget af medicin, spiritus, eller andre lignende stoffer?	Ja      Nej	
	narkotika I bekræftende fald bedes du oplyse:		
	a)hvad du indtog	_____	
	b)hvor meget du indtog	_____	
	c)hvornår du indtog det (tidsperiode)	_____	

### Personskaden

<input type="checkbox"/>	Hvor på kroppen er der sket skade/skader?
<input type="checkbox"/>	Hvornår og af hvem blev den første lægehjælp givet?
<input type="checkbox"/>	Hvis du har været behandlet af andre for den skade, skal du sætte X herunder:
	Sygehus
	Hvis der er sat X i "Sygehus", <b>skal følgende udfyldes:</b> <b>Sygehusets navn, adresse og afdeling:</b>
	fra den ___/___-_____ til den ___/___-_____
	Andre - fx speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer m.fl.
	Hvis der er sat X i "Andre", <b>skal følgende udfyldes:</b> <b>Behandlers navn og adresse:</b>
	fra den ___/___-_____ til den ___/___-_____
<input type="checkbox"/>	Hvem er din egen praktiserende læge? <b>Lægens navn, adresse, tlf. nr. og e-mail (skal udfyldes):</b>
<input type="checkbox"/>	Har du skiftet læge inden for de sidste 5 år? Hvis <b>JA</b> , <b>tidligere læges navn og adresse:</b>

## Andre forsikringer

<input type="checkbox"/>	Hvis skaden er anmeldt til andre ulykkesforsikringer, bedes du oplyse:	
	Selskabets navn	Police- eller skadenr.
<input type="checkbox"/>	Hvis skaden er anmeldt til en ansvarsforsikring (motorkøretøj, privatansvar, hundeansvar m.v.), bedes du oplyse:	
	Modpartens navn	
	Selskabets navn	Police- eller skadenr.
<input type="checkbox"/>	Hvis skaden er anmeldt som arbejdsskade, bedes du oplyse:	
	Selskabets navn	Police- eller skadenr.
<input type="checkbox"/>	Hvis du er medlem af sygeforsikringen Danmark, bedes du oplyse:	
	Police- eller skadenr.	

## Helbred / tidligere skader

<input type="checkbox"/>	Har den/de skaderamte legemsdel/-e tidligere fejlet noget eller været udsat for skade? Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/>	Har sygdomme eller andre forhold haft indvirkning på skaden eller dens opståen? Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/>	Er den/de skaderamte legemsdel/-e tidligere blevet behandlet? Hvis ja, hvornår?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/>	Hvilken form for behandling? (fx fysioterapi, kiropraktorbehandling)		
<input type="checkbox"/>	Har du tidligere modtaget erstatning for skade på den/de skaderamte legemsdel/-e? Hvis ja, hvilken skade, hvornår, fra hvilket selskab?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

# Samtykke

## Når jeg er kommet til skade eller er blevet syg

### Ulykkes- og sygdomsforsikring

Samtykkegivers navn	Samtykkegivers CPR-nr.
Sagsnr.	

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Sedgwick Leif Hansen A/S (på vegne af Grønlands Selvstyre) i forbindelse med behandlingen af min sag må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min sag.

Sedgwick Leif Hansen A/S indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om min skade er omfattet af ulykkesforsikringen, og om jeg har fået et varigt mén samt størrelsen heraf. Sedgwick Leif Hansen A/S må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikrings sag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. Sedgwick Leif Hansen A/S præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

#### Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

Sedgwick Leif Hansen A/S kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre og laboratorier.
- Speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.
- Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (<https://aes.dk/>).
- Center for arbejdsskader (<http://www.cfa.gl/>)
- Andre forsikringsselskaber, hvor jeg har anmeldt min skade.
- Politiet.
- Øvrige aktører, som jeg har oplyst Sedgwick Leif Hansen A/S om i forbindelse med behandlingen af min sag.

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til Sedgwick Leif Hansen A/S.

#### Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

Sedgwick Leif Hansen A/S kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min sag:

- Arbejdsmarkedets Erhvervssikring/Center for arbejdsskader (<https://aes.dk/>)/(<http://www.cfa.gl/>)
- Speciallæge, som skal udfylde en attest eller udarbejde en speciallægeerklæring.
- Lægekonulenter i forbindelse med fastlæggelse af evt. varigt mén.
- Andre forsikringsselskaber, hvor jeg har anmeldt min skade.
- Sygeforsikringen 'danmark', hvis jeg modtager tilskud herfra til den dækkede behandling samt i de tilfælde, hvor min ulykkesforsikring dækker behandlingsudgifter (fx. fysioterapi).

#### Hvilke typer af oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer og kontakter til sundhedsvæsenet.
- Politirapporter, skema med beskrivelse af uheldet og politianmeldelse.
- Afgørelser truffet af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring i sager med relevans med min nuværende ulykkesforsikrings sag.

#### For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 5 år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor Sedgwick Leif Hansen A/S har taget stilling til min sag.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Sedgwick Leif Hansen A/S med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

**Tilbagetrækning af samtykke**

Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for Sedgwick Leif Hansen A/S's mulighed for at behandle min sag.

Samtykket kan trækkes tilbage ved at sende en mail til [ulykke@slhdk.dk](mailto:ulykke@slhdk.dk), og oplyse kunde-, sags- eller police nr. samt navn, eller ringe på 4445 2700.

\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_\_

Dato

Underskrift

- - - - -

CPR-nr.