



## SÅDAN GØR DU

Udfyld blanketten og underskriv den. Derefter kan du maile den til [skade@howdendanmark.dk](mailto:skade@howdendanmark.dk) som en e-mailadresse til krypteret indhold. Alternativt kan du benytte [nanoq@howdendanmark.dk](mailto:nanoq@howdendanmark.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

|   |                                                                         |                                                         |             |
|---|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|
| ? | Hvad var årsagen til ulykken? (Beskriv forløbet nøjagtigt og udførligt) |                                                         |             |
| ? | Skete ulykken (sæt X)                                                   | På dit arbejde (også ulønnet/arbejde for andre)?        | Ja      Nej |
|   | Alle spørgsmål skal besvares                                            | 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 |
| ? | Blev der optaget politirapport?                                         | Ja      Nej                                             |             |
|   | I bekræftende fald, på hvilken politistation:                           | Journal nr.:                                            |             |
| ? | 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)                                  | _____                                                   |             |

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

**Andre forsikringer**

|   |                                                                                                                  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ? | Hvis skaden er anmeldt til andre ulykkesforsikringer, bedes du oplyse:                                           |
|   | Selskabets navn Police- eller skadenr.                                                                           |
| ? | Hvis skaden er anmeldt til en ansvarsforsikring (motorkøretøj, privatansvar, hundeansvar m.v.), bedes du oplyse: |
|   | Modpartens navn                                                                                                  |
|   | Selskabets navn Police- eller skadenr.                                                                           |
| ? | Hvis skaden er anmeldt som arbejdsskade, bedes du oplyse:                                                        |
|   | Selskabets navn Police- eller skadenr.                                                                           |
| ? | Hvis du er medlem af sygeforsikringen Danmark, bedes du oplyse:                                                  |
|   | Police- eller skadenr.                                                                                           |

**Helbred / tidligere skader**

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

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

#### Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

Howden 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 Howden 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 Howden.

#### Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

Howden 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.
- Lægekonsulenter 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 ulykkesforsikringssag.

#### 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 Howden har taget stilling til min sag.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Howden 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 Howden's mulighed for at behandle min sag.

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

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

Dato

Underskrift

- \_\_\_\_\_

CPR-nr.