



Policenr. 882-3.000.000.821	Gruppe/organisation/virksomhed Dansk Taekwondo Forbund DTaF	CPR-nr./medlemsnr.
--------------------------------	--	--------------------

Skadelidte

Stilling og navn		Personnummer/skadelidte	
Adresse		Telefon privat	Træffetid
Postnummer	By	Telefon arbejde	Træffetid
E-mail			

Af hensyn til hurtig sagsbehandling beder vi dig anføre oplysningerne ovenfor korrekt - gerne med blokbogstaver

Oplysninger om skaden

Hvor skete ulykken (sted)	Hvornår skete ulykken (dato)	Klokkeslet
Skete ulykken i din fritid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I andres tjeneste <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvilken legemsdel blev ramt, og hvori bestod beskadigelsen
Skadeårsag bedes besvaret med en klar beskrivelse af de omstændigheder, der fremkaldte skaden. Ved færdselsuheld bedes rids indtegnet eller vedlagt.		
Skadeårsag		

Er der optaget politirapport <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvilket politikontor	Blev der taget spiritusprøve? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Gyldigt førebevis nr.
Var du fuldstændig rask ved ulykkens indtræden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis nej - hvad fejlede du		
Vedr. sygdom: Hvornår mærkede du først sygdommen	Har du tidligere været syg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja - hvornår	
Vedr. sygdom: Hvad fejlede du			
Vedr. børn: Hvis skaden skete i skolen eller på vej dertil, bedes skoleens navn og adresse oplyst			

Ved færdselsskade ønskes tillige oplyst

<input type="checkbox"/> Fører	Hvor er bilen forsikret?	Police-/reg.nr.	Modparts selskab	Police-/reg.nr.
<input type="checkbox"/> Passager				

Forsikring i andet selskab - skal udfyldes

Har du ulykkesforsikring i andre selskaber	Hvis ja - hvilke selskaber	Policenummer	Sum
Er du medlem af Danmark <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja - medlemsnummer og gruppenummer	Er skaden anmeldt til andet selskab <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Begyndelsesattest skal udfyldes af din læge eller behandlingssted

Fuldmagt/samtykkeerklæring

Jeg giver herved Tryg fuldmagt/samtykke til at udveksle nødvendige helbredsoplysninger og andre relevante oplysninger om mig til brug for anerkendelse, vurdering og fastsættelse af erstatning i forbindelse med min personskade efter uheldet.

Dette kan ske med andre forsikringsselskaber, pensionskasser, læger, lægelige institutioner, tandlæger, Arbejdsskadedestyrelsen eller andre offentlige og kommunale institutioner.

Udbetaling

Erstatning ønskes overført til: bankkonto

Ja, angiv reg.nr. og kontonr.

Underskrift

Jeg erklærer herved, at de ovenfor angivne oplysninger er korrekte og sandfærdige.

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

**BEGYNDELSSESATTEST
ANSVARS-, SYGE- OG ULYKKESFORSIKRING**

Alle spørgsmålene skal besvares

Forsikredes navn	CPR-nr.	Policenummer
------------------	---------	--------------

Adresse

Spørgsmål

1 a Hvornår ydedes den første lægehjælp?	Dato
b Af hvem ydedes den første lægehjælp?	<input type="checkbox"/> Læge:
	<input type="checkbox"/> Sygehus:
2 Hvori består beskadigelsen (sygdomstilfældet)? (Diagnosen anført både på latin og dansk)	
3 Skal forsikrede være sengeliggende ved behandlingens indledning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
4 a Må forsikrede føre tilsyn med sin virksomhed? (Besvares kun for selvstændige og andre i ledende stilling) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja - antal timer
b Må forsikrede på anden måde deltage i sit arbejde? (Besvares for alle) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja - antal timer
5 Har, Dem bekendt, tidligere læsioner, tidligere eller nu tilstedeværende syg- domme eller andre forhold helt eller delvist været årsag til den nuværende lidelse eller forværret dens følger. Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja - hvilke

Bemærkninger

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Underskrift

Dato	Lægens underskrift	Stempel
------	--------------------	---------

Lægens CPR-nr./SE-nr.