

## Skadeanmeldelse til Ulykkesforsikring for studerende med laboratoriearbejde ved Aalborg Universitet

Den udfyldte skadesanmeldelse sendes hurtigst muligt sammen med relevante bilag til Studieservices Sekretariat på mail til sts-sekretariatet@adm.aau.dk. Sekretariatet i Studieservice vil herefter sørge for at anmelde skaden over for forsikringsselskabet.

### 1. Oplysninger om virksomheden

Forsikringstager:	Institut/Afdeling:
Kontaktperson – navn og telefon:	Kontaktperson - e-mail:
Forsikringsselskab:	Policenummer:

### 2. Oplysninger om skadelidte

Navn:	Cpr-nr:
Adresse	Postnr. og By:
Telefonnummer:	E-mail:

### 3. Oplysninger om ulykken

Skadedato:	Tidspunkt:	Skadested/adresse:
Hvor skete ulykken?	Ved ulykke udenfor Aalborg Universitet, bedes oplyst hvor ulykken skete, samt i hvilken forbindelse skadelidte var på stedet?	
Beskriv hvordan ulykken skete og hvad der var årsagen		
Hvis skaden er sket under udførelse af arbejde på et praktiksted:	Hvilket arbejde udførte du da skaden skete?	Er skaden anmeldt som en arbejdsskade på praktikstedets arbejdsskadeforsikring?

#### 4. Hvad er beskadiget og behandlet

Hvilke legemsdele er beskadiget?
Hvordan er legemsdelen beskadiget?
Hvilken dato fik du første undersøgelse/behandling?

#### 5. Lægebehandling

Hvornår kom du under lægebehandling (skriv dato og tidspunkt)	
Hvor skete behandlingen?	Oplys navn og adresse på behandlingssted
Har der været efterfølgende behandlinger?	Hvis ja; oplys navn og adresse på behandlingssted
Navn, adresse og telefonnummer til din praktiserende læge	

#### 6. Oplysninger om tidligere skader eller sygdom

Var du fuldstændig rask da ulykken skete?	(sæt kryds) Ja? Nej?	Hvis nej, beskriv da hvorfor ikke
Lider du af kronisk eller længerevarende sygdom?	(sæt kryds) Ja? Nej?	Hvis ja, hvilken?
Har du tidligere haft skader, behandlingskrævende gener eller sygdom i den legemsdel, der nu er beskadiget?	(sæt kryds) Ja? Nej?	Hvis ja, angiv beskrivelse og hvornår

## 7. Oplysninger om forsikring i andet forsikringsselskab

Er du forsikret mod ulykke i et andet forsikringsselskab?	Hvis ja, bedes oplyst forsikringsselskab samt policenummer
---	--

## 8. Sygeforsikringen Danmark

Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark?	Hvis ja, bedes oplyst hvilken gruppe du er i
---	--

## 9. Underskrift

Eventuel erstatning kan udbetales til nedenstående bankkonto	
Reg.nr. / Kontonr.	
Jeg erklærer herved, at mine besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at erstatningen nedsættes eller helt bortfalder.	
Jeg samtykker i, at If Skadeforsikring kan søge oplysninger hos de læger, lægelige institutioner, forsikringsselskaber samt offentlige myndigheder, som kan bidrage til en korrekt bedømmelse af min tilstand, samt at If Skadeforsikring kan gøre disse bekendt med det, der er oplyst til forsikringsselskabet.	
Er ulykken anmeldt til politiet eller Arbejdsskadestyrelsen, giver jeg samtidig If Skadeforsikring tilladelse til at indhente oplysninger hos disse.	
Dato	Navn samt underskrift