

Al korrespondance skal foregå til balticfinance Danmark, Lejrvejen 4, Postboks 302, DK 6330 Padborg, Tlf.: 70 25 01 08, FAX: 70 25 01 09, email: info@balticfinance.dk, www.balticfinance.dk

<p>1.a) Forsikringstagers navn og adresse:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	<p>Policenr.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Skadesnr.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>b) Forsikringstagers tf.nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>den forsikredes (den tilskadekommedes) tf.nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p>2.a) Forsikredes for- og efternavn (den tilskadekommede)</p> <p>b) Gade, husnr., postnr., by</p> <p>c) Fødselsdato</p> <p>d) Erhverv/beskæftigelse</p> <p>e) Ved hvilket firma var den forsikrede beskæftiget, da ulykken skete?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>3.a) Hvornår skete ulykken (dato, tidspunkt og sted)?</p> <p>b) Arbejds - eller fritidsulykke?</p> <p>c) Detaljeret beskrivelse af ulykken <small>(kan evt. formuleres på et ekstra stykke papir)</small></p> <p>d) Havde den tilskadekommede indtaget alkohol 24 timer inden ulykken (hvad og hvor meget)?</p> <p>e) Er der foretaget blodprøve (i givet fald angiv da promille)</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> nej    <input type="checkbox"/> ja    <input style="width: 40px;" type="text"/> ‰         </p>
<p>4.a) Er ulykken anmeldt til den lovpålagte Arbejdsskadeforsikring?</p> <p>b) Er der optaget politirapport? ( angiv station, protokollnr.)</p> <p>c) Kører der er straffesag? Sagsnr. og anklagemyndighedens sæde</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>5.a) Var der vidner til uheldet?</p> <p>b) Hvem så først den tilskadekommede efter ulykken? <small>(hvis der ikke var nogen vidner til stede)</small></p> <p>c) Var en anden person skyld i ulykken? <small>(hvem? .....navn og adresse?)</small></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

<p>6.a) Hvilke skader og kvæstelser har den tilskadekommande fået ved ulykken?</p> <p>b) Har ulykken ført til en påvirkning af arbejdsdygtigheden eller uarbejdsdygtighed? (i givet fald, hvor længe?)</p> <p>c) Forventes der en varig påvirkning af arbejdsdygtigheden? Hvordan er helbredsudsigterne? (forbedring eller forværring?)</p>	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										
<p>7.a) Var den tilskadekommande fuldstændig rask og arbejdsdygtig inden ulykken, eller var der sygdom eller andre lidelser til stede? (hvilke?)</p> <p>b) Modtager eller modtog den forsikrede pension pga. et handicap eller en sygdom, der var til stede før ulykken? (i givet fald hvorfra?)</p>	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										
<p>8.a) Ved hvilken læge kom den tilskadekommande først under behandling?</p> <p>b) Navn og adresse på alle læger, der har behandlet den tilskadekommande</p> <p>c) Har den tilskadekommande været indlagt på hospitalet i forbindelse med ulykken? (hvor længe, navn og adresse på sygehuset. Hvis ja, vedlæg da en attest fra sygehuset med diagnosen)</p> <p>d) Er lægebehandlingen afsluttet og hvis ikke, hvor lang tid forventes den så at vare?</p>	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										
<p>9.a) Har den tilskadekommande en ulykkesforsikring ved andre forsikringselskaber? (i givet fald angiv navn, adresse, policenr. og forsikringssum)</p> <p>b) Er den tilskadekommande medlem af Sygeforsikringen "Danmark"?</p> <p>c) Har den tilskadekommande før modtaget erstatning for en ulykke? (i givet fald hvornår, hvor meget og fra hvilket selskab?)</p> <p>d) Har forsikrede nogensinde fået afvist en begæring om en livs - eller ulykkesforsikring eller blevet opsagt af forsikringselskabet?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>e) Hvornår er der sidst indbetalt præmie for denne forsikring?</p>	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										
<p>Erstatning skal betales til (indehaver af kontoen): <input type="text"/></p> <p>Pengeinstitut: <input type="text"/></p> <p>Reg.nr: <input type="text"/> Kontonr: <input type="text"/></p>											
<p>Tavshedspligt</p> <p>Jeg/vi er bekendt med, at balticfinance Danmark tilfælde af at det er nødvendigt undersøger mine/vores helbredsoplysninger - dette gælder også for tidligere sygdomme/ulykker og tidligere, nuværende og ansøgte forsikringer - hos andre ulykkes-, syge og livsforsikringselskaber til bedømmelse af den forsikringsmæssige risiko for en af de forsikringskontrakter jeg/vi har ansøgt om. Derfor giver jeg/vi hermed fuldmagt til at alle praktiserende læger, tandlæger, andre behandlere, sygehuse og andre institutioner i sundhedsvæsenet, som har behandlet og rådgivet mig/os inden for de sidste 10 år, før der er ansøgt om forsikring hos balticfinance Danmark, må give balticfinance Danmark de nødvendige oplysninger (også efter min/vores død). Dette gælder også for nuværende eller tidligere forsikringselskaber. Fuldmagten er gyldig indtil 5 år efter, der ansøgt om forsikring hos balticfinance Danmark.</p> <p>Denne erklæring afgiver jeg også på vegne af mine børn og lovlige personer, der skal medforsikres og som ikke selv kan bedømme betydningen af denne erklæring.</p> <p>Vi gør udtrykkeligt opmærksom på, at kravet på forsikringsdækning kan bortfalde, hvis der bevidst afgives falske eller ufuldstændige oplysninger.</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="199 2022 593 2087">Sted, dato</td> <td data-bbox="630 2022 1024 2087">Forsikringstagers underskrift</td> <td data-bbox="1061 2022 1449 2087">Den forsikredes underskrift (den tilskadekommande)</td> </tr> </table>		Sted, dato	Forsikringstagers underskrift	Den forsikredes underskrift (den tilskadekommande)							
Sted, dato	Forsikringstagers underskrift	Den forsikredes underskrift (den tilskadekommande)									