

Forsikringstager:

Stilling: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./By: _____

GF Forsikring a/s
Jernbanevej 65
5210 Odense NV
Telefon: 70 13 80 80
Telefax: 66 18 46 48
CVR-nr. 26 23 14 18**Anmeldelse ulykke
død**

CPR-nr.: _____

Policenummer: _____

Afdøde	Afdødes navn	Stilling
	Gadenavn og nummer	Cpr-nr.
	Postnr. By	Telefonnr.
Beskrivelse af uheldet	Hvornår skete uheldet? (Dato)	Tidspunkt?
	Hvor skete uheldet?	
	Hvorledes skete uheldet? (Dette må besvares nøjagtigt og udførligt, således at GF Forsikring kan danne sig et klart billede af, hvad der - skete ved den pågældende lejlighed)	
	1. Hvad skete umiddelbart før uheldet?	
2. Hvorledes skete uheldet?		

Beskrivelse af uheldet	3. Hvad var den direkte årsag til uheldet?		
	Er politirapport optaget <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Stationens navn: _____		
	Var afdøde påvirket af alkohol, medicin eller andre rusmidler? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Alkotest <input type="checkbox"/> Ja		
	Var der vidner til uheldet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvem?
	Var nogen skyld i uheldet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Modpart	Registreringsnr.
	Forsikret i:		Policentr.
	<input type="checkbox"/> Uheldet er sket i fritiden <input type="checkbox"/> Uheldet er sket under arbejde for andre <input type="checkbox"/> Uheldet er sket som selvstændig erhvervsdrivende		
	Andre selskaber	Er ulykkestilfældet anmeldt til den lovpligtige Arbejdsskadeforsikring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja i selskab: _____	
Navn på modpartens selskab		Skadenr. i modpartens selskab	
Er afdøde ulykkesforsikret i et andet forsikringsselskab? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja i selskab: _____		Policentr.	
Besvares ved færdselsuheld	Oplysning om køretøj	Fabrikat	Registreringsnr.
	Forsikret i:		Policentr.
	Førerens navn		
	Adresse		
	Lovbefalet førerbevis til kørslen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Var føreren påvirket af alkohol, medicin eller andre rusmidler? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Alkotest <input type="checkbox"/> Ja		Oplys antal personer i vognen på skadetidspunktet inkl. fører:
	Ved kørsel på motorcykel bar føreren da fastspændt styrthjelm? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

Hvis ægtefælle efterlades	Undertegnede ægtefælle bekræfter rigtigheden af ovenstående oplysninger. Idet jeg vedlægger vielsesattest , erklærer jeg på tro og love, at mit ægteskab med afdøde ikke var ophævet ved separation eller skilsmisse, men at afdøde til sin død levede i ægteskab med mig.			
	_____	_____		
	Dato	Underskrift		
Hvis samlever efterlades	Cpr-nr.	Navn		
Hvis børn efterlades	Der efterlades børn (levende og døde, myndige og umyndige, født inden- og udenfor ægteskab, adoptivbørn, <i>men ikke stedbørn</i>). Der anføres fødselsdag og år, for døde børn tillige dødsårsag. Er et eller flere børn døde, må under "Særlige bemærkninger" anføres navne, fødselsdato og adresse for deres børn igen, idet disse tager arv efter afdøde.			
	Navn	Adresse	Cpr-nr.	Død den
Vedlæg venligst kopier af fødsels- eller dødsattest.				
Barns/børns værge				
Særlige bemærkninger				
Fuldmagt Underskrift	Undertegnede erklærer herved, at ovennævnte oplysninger er korrekte. Under henvisning til Lov om Offentlighed i forvaltning, giver jeg hermed GF Forsikring fuldmagt til at indhente kopi af afdødes journaler fra sygehus, både hvad angår aktuelle og tidligere lidelser. Samtidig giver jeg GF Forsikring fuldmagt til at indhente oplysninger hos læger, andre behandlingsinstitutioner eller forsikringsselskaber, samt at gøre disse bekendt med det, der er oplyst til GF Forsikring. Hvis ulykkestilfældet er anmeldt til Politiet eller Arbejdsskadestyrelsen, eller der hos offentlige myndigheder er ansøgt om pension, giver jeg ligeledes GF Forsikring fuldmagt til at indhente oplysninger hos disse myndigheder.			
	_____	_____		
	Dato	Underskrift		
Oplys venligst navn, adresse samt slægtsforhold til afdøde.				

