

Anmeldes via:

CO*WINS International
Bag Haverne 20
4600 Køge
mail: lederne@cowins.dk

Anmeldelse Død

Police-/skadenummer

Police-/skadenummer

Afdøde

Navn	CPR-nr.
Stilling/beskæftigelse på ulykestidspunktet	

Arbejde/fritid

Skete ulykken
<input type="checkbox"/> Under arbejde <input type="checkbox"/> Under arbejde som selvstændig erhvervsdrivende <input type="checkbox"/> I fritiden <input type="checkbox"/> Andet

Ulykken

Hvornår skete ulykken? (Dato, årstal og tidspunkt)	
Hvor skete ulykken?	
Hvordan skete ulykken, og hvad var årsagen til dødsfaldet?	
Harvede afdøde indenfor det sidste døgn inden ulykken indtaget medicin, spiritus eller andet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvad/hvor meget har afdøde indtaget og hvornår?
Er der optaget politirapport? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilken station og eventuelt journalnummer?

Lægelige oplysninger

Blev afdøde behandlet på sygehus? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvis ja, på hvilket sygehus og afdeling?
Er der foretaget obduktion? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvis ja, på hvilket sygehus og hvornår?
Hvem var afdødes læge? (Navn, adresse, postnr., by)	

Andre selskaber

Bliver ulykken anmeldt til en eller flere af følgende forsikringer:

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| - Ulykkesforsikring | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Selskab og police-/skadenr. |
| - Modpartens ansvarsforsikring | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Selskab og police-/skadenr. |
| - Arbejdsskadeforsikring | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Selskab og police-/skadenr. |

Kontaktperson

Navn	
Adresse, postnr. og by	
Hvilken relation har kontaktpersonen til afdøde?	
Telefonnr.	E-mail

Underskrift

Jeg bekræfter, at oplysningerne er korrekte.	
Dato	Underskrift