

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

Anmeldelsen skal indsendes til Jobcenteret, såfremt aktiveringsstedet er anmelder. Jobcenteret indsender anmeldelsen til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, Sankt Kjelds Plads 11, Postbox 3000, 2100 København

ANMELDELSE AF ARBEJDSULYKKE

Indtruffet under **virksomhedspraktik**

efter Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats kapitel 11.

Til brug for aktiveringsstedet og Jobcenter

1. Oplysninger om tilskadekomne

Navn _____ CPR-nr. _____

Adresse _____ Postnr. _____ By _____

Kommune _____

Stillingsbetegnelse på skadestidspunktet _____

2. Oplysninger om Jobcenter/Kommunen på skadestidspunktet

Adresse _____ Postnr. _____ By _____

Produktionsenhedsnummer _____ Tlf. _____

Forsikringsforhold: Er kommunen forsikret hos selskab eller selvforsikret? (sæt kun ét kryds)

Kommunen er selvforsikret imod arbejdsskader på i tilbud efter
Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats kapitel 10 og 11:

eller
Kommunen er forsikret imod ovenstående arbejdsskader:

Hvis ja, anfør forsikrings-selskabet/adm. Selskab/mægler: _____

3. Oplysninger om praktikstedet eller virksomheden på skadestidspunktet

Navn _____ CVR-nummer _____ Branche _____

Adresse _____ Postnr. _____ By _____

Arbejdsgivers forsikringsselskab, hvor der er tegnet lovpligtig arbejdsskadeforsikring og policenummer

Telefonnummer _____ Kontaktperson _____

4. Hændelsesforløbet

Hvornår indtraf skaden? Dato _____ Klokken _____

Hvor indtraf skaden? *(er skaden sket uden for skolens, uddannelsesstedets, praktikstedets eller virksomhedens område skal dette oplyses)*

Beskrivelse af hændelsesforløbet - hvad var tilskadekomne beskæftiget med og hvad forårsagede skaden *(om nødvendigt kan der vedlægges bilag med uddybende forklaring, skitser m.v.)*

5. Oplysninger om skadens følger

Beskriv så præcist som muligt skaden, herunder hvilken del og evt. side af kroppen, der blev skadet:

For eksempel: Knoglebrud, venstre underarm eller forstuvning af venstre ankel

Har tilskadekomne været under lægebehandling som følge af skaden? Ja Nej

(Hvis ja, angiv oplysning om lægen nedenfor)

Lægens navn _____ Tlf. _____

Adresse _____ Postnr. _____ By _____

Er tilskadekomne fortsat under lægebehandling for følger af skaden? Ja Nej

Har tilskadekomne haft sygemelding som følge af skaden? Ja Nej

Hvis ja, angiv perioden: Fra _____ Til _____

6. Tilskadekomnes underskrift

Dato _____ Underskrift _____

7. Praktikstedets eller virksomhedens underskrift og stempel

Dato _____ Underskrift _____

Stempel _____