

Sendes til

Jobcenteret (hvis aktiveringsstedet er anmelder)

Ellers sendes til:

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring
Kongens Vænge 8
3400 Hillerød

**Anmeldelse af
arbejdsulykke sket under
virksomhedspraktik eller
nytteindsats**

Formularen anvendes af Jobcenter eller Aktiveringssted til anmeldelse af arbejdsulykker, der er sket under virksomhedspraktik eller nytteindsats, jf. lov om aktiv beskæftigelsesindsats, kapitel 11 og kapitel 13.

Oplysninger om tilskadekomne

Navn	CPR-nummer
Adresse	Kommune
Stillingsbetegnelse på ulykkestidspunktet	Telefon (frivilligt)

Har du ikke CPR-nummer på tilskadekomne? (skal kun udfyldes, hvis intet CPR-nummer)

Køn	Alder	Statsborgerskab
-----	-------	-----------------

Oplysninger om Jobcenter/Kommunen på ulykkestidspunktet

Jobcentrets/kommunens navn	P-nummer
Adresse	Telefonnummer

Forsikringsforhold

Er kommunen selvforsikret eller forsikret hos et forsikringselskab? Kommunen er selvforsikret imod arbejdsskader i tilbud efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats kapitel 11 og kapitel 13 Kommunen er forsikret hos et forsikringselskab imod ovenstående arbejdsskader
Hvis kommunen er forsikret hos et forsikringselskab, skriv navn og adresse på forsikringselskab / adm. selskab / mægler (skriv også gerne policenummer):

Oplysninger om praktikstedet eller virksomheden på ulykkestidspunktet

Navn	CVR-nummer
Adresse	Branche
Kontaktperson	Telefonnummer

Oplysninger om ulykken

Ulykkesdato og klokkeslæt
Hvor skete ulykken? (Skete ulykken uden for skolens, uddannelsesstedets, praktikstedets eller virksomhedens område, skal det oplyses)
Beskriv ulykken, herunder forløbet (beskriv så udførligt som muligt, hvordan skaden skete. Hvad var tilskadekomne beskæftiget med da skaden skete, og hvad forårsagede skaden. Vedlæg evt. bilag med uddybende forklaring, skitser m.v.)

Oplysninger om skaden og dens følger

(Beskriv så præcist som muligt skaden, herunder hvilken del og side af kroppen, der blev skadet. Fx: *knoglebrud, venstre underarm eller forstuvning af højre ankel*)

--

Oplysninger om lægebehandling

Har tilskadekomne været under lægebehandling som følge af skaden? Ja (hvis ja, angiv oplysning om lægen nedenfor) Nej
Lægens navn
Lægens adresse
Lægens telefonnummer
Er tilskadekomne fortsat under lægebehandling for følger af skaden? Ja Nej
Har tilskadekomne haft sygemelding som følge af skaden? Ja (hvis ja, angiv periode for sygemelding nedenfor) Nej
Periode for sygemelding (fra-dato og til-dato)

Tilskadekomnes underskrift

Dato	Tilskadekomnes underskrift
------	----------------------------

Aktiveringsstedets underskrift

Dato	Aktiveringsstedets underskrift og evt. stempel
------	--