

# Danske Underviserorganisationers Samråd

Sekretariatet Vandkunsten 12 1467 København K Telefon 33 11 30 88  
Telefontid: Mandag – torsdag kl. 9.00 – 15.30 Fredag kl. 9.00 – 14.30

Danske Underviserorganisationers Samråd tilbyder dig hjælp ved behandling af din arbejdsskadesag. Til brug herfor er det nødvendigt med nogle personlige oplysninger, samt årsagen til skadens opståen og skadefølgerne. Oplysningerne vil naturligvis blive behandlet fortroligt.

## HUSK at udfylde og vedlægge følgende bilag (uden fuldmagt kan vi ikke behandle sagen):

- Fuldmagt i forhold til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring
- Kopi af anmeldelse til forsikringsselskab eller Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (hvis den foreligger)

Indberetningsskema samt de to bilag sendes indscannet eller som billeder til: [dus@dus.dk](mailto:dus@dus.dk)

## Sæt kryds

<input type="checkbox"/>	Indberetning af pludselig opstået <b>ARBEJDSULYKKE</b> (sket indenfor fem dage)
<input type="checkbox"/>	Formodet eller konstateret <b>ERHVERVSSYGDOM</b> (som følge af længere tids skadelig påvirkning)

## Personlige oplysninger

Navn:

---

CPR.nr.:

---

E-mail:

---

Arbejdsplads (navn og adresse):

---

Fagforening:

---

Telefon privat:

---

Stilling:

---

Tjenestemandsansat (ja/nej):

---

Dato samt beskrivelse af skaden:

---

---

---

Gener:

---

---

---

---

---

# Danske Underviserorganisationers Samråd

---

Sekretariatet Vandkunsten 12 1467 København K Telefon 33 11 30 88  
Telefontid: Mandag – torsdag kl. 9.00 – 15.30 Fredag kl. 9.00 – 14.30

## Fuldmagt - arbejdsskadesag

---

### Fuldmagt i forhold til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

(Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings kode 21 med anke- og genoptagelsesfuldmagt. FF 129)

Jeg giver Danske Underviserorganisationers Samråd, fuldmagt til at:

- Få adgang til alle akter i alle sager i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring via Se Sag systemet
- Få kopi af partshøringsbrev (ekskl. kopi af akter i forbindelse med partshøring)
- Få aktindsigt i øvrigt på begæring
- At anke og anmode om genoptagelse
- At anmode om sagens udsættelse
- At anmode om kapitalisering af erhvervsevnetabserstatning

### Fuldmagt i forhold til Ankestyrelsen

Ved eventuel anke giver jeg Danske Underviserorganisationers Samråd fuldmagt med alle partsbeføjelser. Danske Underviserorganisationers Samråd indgår som partsrepræsentant, hvilket indebærer ret til at:

- Få aktindsigt
- Blive partshørt
- Afgive udtalelse
- Anmode om sagens udsættelse
- Få kopi af afgørelsen
- At anmode om genoptagelse

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon nr.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

CPR nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den / - \_\_\_\_\_  
by underskrift

# Danske Underviserorganisationers Samråd

---

Sekretariatet Vandkunsten 12 1467 København K Telefon 33 11 30 88  
Telefontid: Mandag – torsdag kl. 9.00 – 15.30 Fredag kl. 9.00 – 14.30

## FULDMAGT

med henblik på behandling af min arbejdsskadesag.

Ved at underskrive denne erklæring giver jeg samtykke til, at Danske Underviserorganisationers Samråd kan indsamle, behandle og videregive mine personoplysninger, samt foretage nedstående dispositioner på mine vegne i forbindelse med min arbejdsskadesag.

### Formål

Formålet med Danske Underviserorganisationers Samråds indhentelse, behandling og videregivelse af personoplysninger er, at de er nødvendige for sagsbehandlingen af din arbejdsskadesag.

### Kategorier af personoplysninger

I forbindelse med sagens behandling giver jeg udtrykkeligt samtykke til, at Danske Underviserorganisationers Samråd, på mine vegne, kan indhente og videregive følgende kategorier af personoplysninger:

#### **Almindelige personoplysninger i form af:**

- Kontaktoplysninger, såsom navn, adresse, telefonnummer, e-mail og CPR-nr.
- Kommunale oplysninger, der beskriver social sagsbehandling i forbindelse med min sygdom, økonomiske oplysninger (helbredsoplysninger, løn, pension, ferieoplysninger og lign.).
- Ansættelsesretlige oplysninger (ansættelse, uddannelse, ferieoplysninger, afskedigelse, sygeperioder).

#### **Følsomme personoplysninger i form af helbredsoplysninger i form af**

- Lægelige oplysninger (journaler, erklæringer, speciallægeerklæringer, behandlingsoplysninger og lign.).
- Oplysninger om arbejdsforhold (aftaler om særlige arbejdsforhold eller hensyn m.v.).
- Oplysninger om andre arbejdsskadesager, der måtte være/blive registreret i mit navn ud over den aktuelle skade.

#### **Ved behov, oplysninger om strafbare forhold**

- Strafferetlige oplysninger eller politianmeldte forhold i det omfang, det måtte være relevant for behandlingen af min aktuelle arbejdsskadesag.

# Danske Underviserorganisationers Samråd

---

Sekretariatet Vandkunsten 12 1467 København K Telefon 33 11 30 88  
Telefontid: Mandag – torsdag kl. 9.00 – 15.30 Fredag kl. 9.00 – 14.30

## Videregivelse af oplysninger

Jeg er bekendt med, at oplysningerne kan videregives, når det er relevant for behandlingen af arbejdsskadesagen, til følgende:

- Arbejdsmarkedets Erhvervssikring
- Ankestyrelsen
- Erstatningsnævnet for voldsofre
- Forsikringsselskaber
- Arbejdsgiver
- Eventuelle ansvarlige skadevoldere, advokater, domstole, sagkyndige

## Tidsrummet for opbevaring af personoplysningerne

Oplysningerne om dig opbevares af Danske Underviserorganisationers Samråd i 10 år efter en anmeldt ulykke er blevet afvist eller vi har afsluttet rådgivningen omkring din sag.

## Retten til at trække samtykket tilbage

Dette samtykke kan til enhver tid tilbagekaldes. Tilbagetrækning af samtykke berører ikke lovligheden af den databehandling, der er baseret på samtykke inden tilbagetrækningen. Hvis du tilbagetrækker dit samtykke, kan Danske Underviserorganisationers Samråd ikke længere hjælpe dig med behandlingen af din arbejdsskadesag.

## Accept og underskrift

Jeg bekræfter med min underskrift på denne erklæring, at Danske Underviserorganisationers Samråd gives fuldmagt med henblik på behandling af min arbejdsskadesag. Jeg er indforstået med, at Danske Underviserorganisationers Samråd indhenter og behandler de nævnte personoplysninger om mig til ovennævnte formål, samt at personoplysningerne kan videregives til de nævnte modtagere.

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_