Begæring om indtræden i kollektiv heltidsulykkesforsikring

alka

Stilling	
Navm (Fornavn - efternavn)	
Adresse	
Postnr.	By

Policenr.	24-0000005
CPR-nr.	
Telefonnr.	
E-mail	@
Skriv med BLOKBOGSTAVER	

Denne begæring udfyldes kun af de medlemmer, der tidligere har sagt nej tak til forsikringstilbuddet, og på ny ønsker at genindtræde i forsikringen.

Udfyldes af Alka

Accepteret den ____ / ____ År ____ Alka's påtegning

Udfyldes af medlemmet

1. Modtager du førtidspension, eller er du visiteret til fleksjob, eller har du søgt herom?	☐ Ja ☐ Nej
2. Lider du af, eller har du tidligere lidt af: • Sukkersyge • Epilepsi • Psykiske lidelser • Knogleskørhed • Leddegigt • Nærsynethed med en styrke på minus 8 eller mere	☐ Ja ☐ Nej

Indsendes til Alka forsikring, Engelholm Alle 1, 2630 Taastrup

Bekræftelse af oplysninger og samtykke
Jeg bekræfter, at de oplysninger jeg har afgivet om mit helbred er i overensstemmelse med sandheden og intet herom er fortiet. Er oplysningerne ikke korrekte, er jeg bekendt med at kunne risikere at miste hele eller dele af retten til erstatning.

Jeg tillader, at Alka koncernen anvender de afgivne oplysninger om kundeforholdet til rådgivning, service og tilbud.

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Alka Koncernen må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger kan videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter alene oplysninger forud for det tidspunkt, hvor Alka har accepteret den ønskede forsikring/ændring i forsikring.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Alka Koncernen.

Jeg er indforstået med, at min ulykkesforsikring ikke træder i kraft, førend Alka har accepteret forsikringen.

Dato ____ Cpr-nr. ____ Underskrift ____
Forsikringssøgendes cpr.nr. Forsikringssøgendes underskrift

0727:3 HK 13080020