



<b>2.</b> Har nogen af dine biologiske forældre eller søskende før 60-års alderen lidt af eller er døde af hjertesygdom, hjerneblødning/blodprop i hjernen, forhøjet blodtryk, sukkersyge, nyresygdom, kræft eller dissemineret sklerose ?	Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis ja, specificer lidelsens art, alder ved død eller nuværende alder, hvis vedkommende lever: _____ _____ _____
<b>3.</b> Er du i øjeblikket under behandling, tager du nogen former for medicin eller narkotika, eller skal du indenfor nærmeste fremtid have foretaget undersøgelser på hospital eller hos din læge eller er du under alternativ, lægelig eller kirurgisk behandling ?	Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilken medicin, undersøgelse, behandling ? _____ _____ _____
<b>4.</b> Ryger du, eller har du tidligere røget cigaretter, cigarer, pipe m.v. jævnligt ?	Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvor mange/meget om dagen ? _____ Hvis du er holdt op; anfør da hvornår ? _____
<b>5.</b> 5.1 Drikker du øl, vin eller spiritus ? 5.2 Har du tidligere drukket mere ? 5.3 Modtager du eller har du tidligere modtaget behandling herfor ? <b>Alle 3 spørgsmål i punkt 5 skal besvares</b>	Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis ja, anfør da hvor mange: Gennemsnitlig _____ genstande dagligt Gennemsnitlig _____ genstande dagligt Hvis ja, hvilken behandling og hvornår ? _____ _____

Begæringen skal sendes til

Alka Forsikring  
Engelholm Allé 1  
Høje Taastrup  
2630 Taastrup

### Berigtigelse af oplysninger og samtykke

Jeg bekræfter, at mine helbredsoplysninger er i overensstemmelse med sandheden og intet herom er fortiet. I tilfælde af ukorrekte oplysninger, er jeg bekendt med, at forsikringen ophæves og/eller jeg kan miste hele eller dele af erstatningen.

Jeg er indforstået med, at forsikringen tegnes i Forsikrings-Aktieselskabet Alka Liv II og at præmien til forsikringen opkræves via HK.

Jeg tillader, at Alka liv II og andre selskaber i Alka-koncernen anvender og udveksler de afgivne oplysninger om kundeforholdet til brug for administration, rådgivning, service og tilbud i overensstemmelse med gældende lovgivning.

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Alka 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.

Ved min underskrift bekræfter jeg samtidig, at jeg er medlem af HK og er indforstået med, at min HK+ Visse Kritiske Sygdomme ikke træder i kraft, førend Alka har accepteret forsikringen.

\_\_\_\_\_ Dato

\_\_\_\_\_ Forsikringssøgende underskrift

\_\_\_\_\_ Telefonnr.