



Begæring om indtræden i kollektiv heltidsulykkesforsikring

MEDLEMMETS	Stilling/Erhverv på skadetidspunktet	
	Navn (Fornavne - efternavn)	
	Adresse	
	Postnr.	By

Policenr.	24-0000005
CPR-nr.	
Telefonnr.	
E-mail	

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

Udfyldes af ALKA

Accepteret den / År

ALKA's påtegning

Udfyldes af medlemmet

1. Lider De af nogen sygdom, følger af en sygdom, eller har De været udsat for et ulykkestilfælde? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja:
	Hvilken sygdom/ulykke
	Hvornår
	Hvilket hospital/læge har behandlet Dem
2. Har De indenfor de sidste 3 år været undersøgt, behandlet på hospital, radiumstation, anden lægelig institution eller hos praktiserende speciallæge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja:
	Hvornår
	Hvilket hospital/læge eller radiumstation
3. Er De fuldstændig rask og arbejdsdygtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis nej - hvori består uarbejdsdygtigheden

Indsendes til ALKA forsikring, Engelholm Alle 1, 2630 Taastrup

Jeg bekræfter, at mine oplysninger er korrekte, og intet helbredsmedsigt er fortiet. I tilfælde af ukorrekte oplysninger eller fortielse kan forsikringen ophæves eller erstatningssummerne nedsættes.

Jeg giver samtykke/fuldmagt til, at ALKA kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for en fuldstændig vurdering af den forsikringsmæssige risiko. Samtykket/fuldmagten omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor selskabet har accepteret den ønskede forsikring. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis ALKA ønsker det.

Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser.

Andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.

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

Dato <input type="text"/>	Cpr-nr. <input type="text"/>	Underskrift <input type="text"/>
	Forsikringssøgendes cpr.nr.	Forsikringssøgendes underskrift