



## Anmeldelse af visse kritiske sygdomme / Barn



Medlemmets	Erhverv/beskæftigelse	
	Forsikredes fulde navn	
	Adresse	
	Postnr	By

Policenr.	16598968
CPR-nr.	
Telefonnr.	
<i>Hvis du oplyser din e-mailadresse, betyder det, at du giver samtykke til, at vi må sende breve til dig om skaden via e-mail. Du skal vide, at brevene kan indeholde personfølsomme oplysninger.</i>	
E-mail	

Barn	<b>Dokumentation for barnet vedlægges.</b> (Fødsels- eller dåbsattest, adoptionspapirer eller anden dokumentation)		
	Navn	CPR-nr.	
	Adresse	Postnr.	By
	<b>Anfør slægtsskabsforholdet til barnet:</b> (Biologisk forælder, adoptiv/stedforælder eller andet)		

<b>Udfyldes af HK:</b>	
Det bekræftes, at ovennævnte er omfattet af forsikring ved visse kritiske sygdomme:	
Hvornår er forsikrede indtrådt i forsikringen:	Påtegning/stempel, dato og underskrift
Dato <input type="text"/> / <input type="text"/> År <input type="text"/>	

<b>Anmeldelsen skal sendes på brev eller via e-mail til:</b> Alka Forsikring BO Personskade Engelholm Allé 1 2630 Taastrup person.skade@alka.dk <b>NemKonto</b> Eventuelle udbetalinger fra Alka, vil ske til medlemmets NemKonto. <b>Henvendelse til os</b> Har du spørgsmål til anmeldelsen, er du velkommen til at kontakte os – gerne telefonisk mandag til fredag mellem klokken 8.00 og 16.30.
---

## Spørgsmål til HK-medlemmet/anmelderen

### 1. Hvad er sygdommens navn?

---

---

### 2. Hvornår blev barnet syg? (Evt. diagnosedato)

Dato: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ År \_\_\_\_

### 3. Angiv dato for første lægebesøg i forbindelse med barnets symptomer

Dato: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ År \_\_\_\_

### 4. Har barnet tidligere haft en kritisk sygdom (se evt. brochure udleveret ved indtræden i ordningen)

Ja  Nej

Hvis ja hvilken? \_\_\_\_\_

### 5. Angiv navn og adresse på barnets egen læge og andre læger/hospitaler, som barnet har været i kontakt med i forbindelse med sygdommen:

a. Egen læge: Navn: \_\_\_\_\_ Dato for besøg/  
(skal altid udfyldes) indlæggelse \_\_\_\_\_

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

b. Navn: \_\_\_\_\_ Dato for besøg/  
indlæggelse \_\_\_\_\_

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

c. Navn: \_\_\_\_\_ Dato for besøg/  
indlæggelse \_\_\_\_\_

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

d. Navn: \_\_\_\_\_ Dato for besøg/  
indlæggelse \_\_\_\_\_

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

## Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v.

### Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Alka, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit selskab alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Alka alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

### Derfor skal du/l give samtykke for børn

Når du/l som forældremyndighedsindehaver(e) rejser krav om udbetaling fra Alka Forsikring, er der i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give Alka Forsikring alle tilgængelige og relevante oplysninger, som kan være af betydning for bedømmelsen af sagen og fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

Ved fælles forældremyndighed kræves underskrift fra begge forældremyndighedsindehavere eller fuldmagt fra ikke-underskrivende til, at underskriver er berettiget til at give samtykke på begge vegne.

### Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at Alka har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

### Din læge kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven.

### Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som Alka ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

### Du får besked hver gang Alka indhenter oplysninger

Hver gang Alka indhenter konkrete helbredsoplysninger m.v., får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, selskabet ønsker at hente oplysningerne.

### Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Alka kan 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 må videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter helbredsoplysninger frem til det tidspunkt, hvor Alka har bedømt mit eventuelle krav på, at få min forsikring udbetalt.

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

Navn

Dato

CPR-nummer

Underskrift

Hvis skadelidte er under 18 år anføres:

Værg 1, Navn

CPR-nummer

Underskrift

Værg 2, Navn

CPR-nummer

Underskrift

Lægeforeningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger, sker det ved en aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis selskabet/pensionskassen anmoder om det.