



## Anmeldelse af visse kritiske sygdomme

|                        |    |   |                |
|------------------------|----|---|----------------|
| Stilling               |    | Policentr.  | 468-1090308501 |
| Forsikredes fulde navn |    | CPR-nr.   |                |
| Adresse                |    | Telefonnr.  |                |
| Postnr                 | By | <input type="checkbox"/> Sæt X her i boksen — det betyder for dig at du giver os samtykke til at korrespondere omkring din sag vedrørende kritisk sygdom på e-mail. |                |
| E-mail:                |    |   |                |

### Udfyldes af Havnar Arbeidsmannafelag:

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"/> |  |

### VEJLEDNING TIL FORSIKREDE SOM GENNEMLÆSES FØR ANMELDELSEN UDFYLDES.

For at vi kan behandle sagen så hurtigt og korrekt som muligt, er det vigtigt, at vi fra starten har alle oplysninger. Derfor skal du besvare alle spørgsmål på den efterfølgende side.

Hvis der er spørgsmål, du ikke forstår, kan du ringe til os.

Når vi har modtaget anmeldelsen, sender vi et spørgeskema til din læge og/eller behandlende sygehus.

Anmeldelsen skal sendes til

**Alka Forsikring**  
**Klausdalsbrovej 601**  
**2750 Ballerup**  
**kritisksygdom@alka.dk**

## Spørgsmål til forsikrede/anmelderen

### 1. Hvad er sygdommens navn?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Dato: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ År \_\_\_\_\_

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

Dato: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ År \_\_\_\_\_

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

Ja  Nej

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

### 5. Har du familiemedlemmer (biologiske forældre eller søskende), der før 60-års alderen har lidt af eller er døde af hjertesygdom, slagtilfælde, forhøjet blodtryk, sukkersyge, dissemineret sklerose eller kræft?

Nej  Ja

Hvis ja, angiv sygdommens art: \_\_\_\_\_

Angiv alder ved død: \_\_\_\_\_ år

Hvis vedkommende lever, angiv nuværende alder: \_\_\_\_\_ år

**NB!** Hvis du ikke har afgivet helbredsoplysninger ved indtræden i forsikringen anvendes disse oplysninger alene til statistik.

### 6. Angiv navn og adresse på din egen læge og andre læger/hospitaler, som du har været i kontakt med i forbindelse med din sygdom:

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: \_\_\_\_\_

### 7. Er du forsikret ved visse kritiske sygdomme i andet selskab?

Nej  Ja

Hvis ja, i hvilket selskab: \_\_\_\_\_ Policenr.: \_\_\_\_\_

### 8. Dit pengeinstitut, hvor vi skal indsætte en eventuel udbetaling?

Navn på pengeinstitut: \_\_\_\_\_ Reg-nr.: \_\_\_\_\_ Kontonr.: \_\_\_\_\_

## **Til brug for sagens videre behandling**

For behandling af sagen, skal vi bruge dit samtykke før vi kan indhente lægelige oplysninger. Derfor beder vi dig underskrive og returnere vedlagte samtykkeerklæring.

## **Derfor skal du give samtykke**

Når du rejser krav om udbetaling fra Alka Forsikring, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give selskabet alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Alka Forsikring alle oplysninger, som er nødvendige og kan have betydning for bedømmelsen af din sag herunder en korrekt fastsættelse af udbetalingen.

## **Helbredsoplysninger m.v.**

Din læge og andre lægelige institutioner kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Der kan også være behov for oplysninger fra før sygdommens indtræden med henblik på vurdering af, om den aktuelle tilstand skyldes forhold, som er forsikringen uvedkommende. Forsikringsselskabet har derfor behov for, at sådanne oplysninger kan indhentes fra kilder, som kender til forholdene og har dokumentation for oplysningerne i journaler og sagsakter mv.

## **Selskabets behandling af oplysningerne**

Alka Forsikring behandler oplysningerne fortroligt i overensstemmelse med persondatalovens regler i § 35. Du har altid mulighed for, at få en kopi af de sagsakter som Alka Forsikring har indhentet i forbindelse med sagens behandling.

## **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 Forsikring ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

## **Udbetaling af forsikringen**

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at Alka Forsikring har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af Forsikringsaftaleloven § 24.

## **Du får besked hver gang Alka Forsikring indhenter oplysninger**

Hver gang Alka Forsikring indhenter konkrete helbredsoplysninger m.v., får du besked om, hvorfor oplysningerne indhentes og hos hvem.

Når vi har modtaget det underskrevne samtykke, hører du fra os igen.

## **Kreditorbeskyttelse**

En udbetaling ved Visse Kritiske Sygdomme kan muligvis opnå kreditorbeskyttelse jævnfør Retsplejelovens § 513.

Ønsker du at prøve denne beskyttelse, skal du oprette en særlig konto til udbetalingen. Herefter skal du hurtigst muligt og inden eventuel udbetaling, meddele Alka registreringsnummer og kontonummer på den særskilte konto, som du ønsker beløbet indsat på. Bemærk, at sådan særskilt konto ikke kan være din NemKonto.

## **Henvendelse til os**

Har du spørgsmål til sagen, er du velkommen til at kontakte os – gerne telefonisk mandag til fredag mellem klokken 8.00 og 16.30. Ved henvendelse bedes sagens skadenummer oplyst.

Med venlig hilsen

Alka Forsikring

E-mail: [person.skade@alka.dk](mailto:person.skade@alka.dk)

## **FP 003 Samtykke: Når jeg er blevet syg Forsikring ved visse kritiske sygdomme**

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Alka Forsikring i forbindelse med min ansøgning om udbetaling må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min ansøgning.

Alka Forsikring indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om jeg har en kritisk sygdom, som er omfattet af forsikringen. Alka Forsikring må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikrings sag og mit helbred til dem, som selskabet oplysninger fra. Alka Forsikring præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

### **Hvem kan der indhentes oplysninger fra?**

Alka Forsikring kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre og laboratorier.
- Speciallæger.

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til Alka Forsikring.

### **Hvilke typer af oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?**

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer og kontakter til sundhedsvæsenet.

### **For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?**

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 10 år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor Alka Forsikring har taget stilling til min ansøgning om udbetaling.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Alka Forsikring med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

### **Tilbagetrækning af samtykke**

Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for Alka Forsikrings mulighed for at behandle min ansøgning om udbetaling.

Dato: ...../.....-20... Underskrift:..... CPR-nr.: \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_