

# Anmeldelse af visse kritiske sygdomme



Erhverv/beskæftigelse		Policenr.	GL-134
Forsikredes fulde navn		CPR-nr.	
Adresse		Telefonnr.	
Postnr	By	<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	

Udfyldes af forsikringstager: (Forbund, forening, firma el.lign.)

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"/>	

## Anmeldelsen skal sendes på brev eller via e-mail til

Alka Forsikring  
Klausdalsbrovej 601  
2750 Ballerup  
kritisksygdom@alka.dk

### NemKonto

Eventuelle udbetalinger fra Alka, vil ske til medlemmets NemKonto

### 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 anmeldelsen, er du velkommen til at kontakte os – gerne telefonisk mandag til fredag mellem klokken 8.00 og 16.00.

0319:11

## 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: \_\_\_\_\_

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

Nej  Ja

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

### Underskrift fra forsikrede

Jeg erklærer herved, at spørgsmål i skadeanmeldelsen er besvaret efter min bedste viden og overbevisning.

Dato:

Underskrift: