

alka

Skadenr.	
<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	
Brug venligst BLOKBOGSTAVER	

Anmeldelsen skal sendes via brev eller e-mail til

NemKonto

Eventuelle udbetalinger fra Alka, vil ske til din NemKonto.

Kreditorbeskyttelse

Til orientering kan eventuel erstatning opnå kreditorbeskyttelse jævnfør Retsplejelovens § 513, hvis du opretter en særskilt konto til erstatningen. Der er ikke kreditorbeskyttelse, hvis pengene blandes sammen med anden indtægt eller formue.

I sådanne tilfælde skal du, i det omfang du ønsker denne kreditorbeskyttelse, hurtigst muligt og inden eventuel erstatningsudbetaling 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 16.30.

Alle spørgsmål / afsnit skal udfyldes af tilskadekomne			
Beskrivelse af ulykkestilfældet	Hvornår skete ulykkestilfældet? dag, den / år kl. (0 - 24)		
	Hvor skete ulykkestilfældet?		
Beskrivelse af skaden og hændelsen	Hvad er der sket af personskade?		
	Hvordan kom du til skade? (Beskriv hændelsen så det klart fremgår, hvad der skete og hvad der var den direkte årsag til skaden)		
Lægehjælp	Hos hvem og hvornår blev du behandlet/undersøgt 1. gang efter skaden?	Hos: Angiv navn og adresse på behandlingssted	
		Dato:	
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, hos hvem, navn og adresse samt hvornår?	
		Dato:	
Helbred/Tidligere skader	Var du syg/sygemeldt på skadetidspunktet, altså før skadens indtræden? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, på grund af hvad?	
	Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, hvilken sygdom?	
		Hvornår opstod sygdommen (årstal)	
	Har du før uheldet haft behandlingskrævende gener på nu skadet/skadede legemsdel/legemsdele? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, hvilken?	
		Hvornår (årstal) opstod generne, og hvor blev du behandlet?	
		Hvordan opstod generne? Beskriv eventuelle varige følger:	
	Har du søgt eller modtaget pension for eventuel tidligere lidelse/sygdom eller skade? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, for hvilken lidelse, sygdom eller skade?	
		Hvornår? (årstal) Fra hvilken kommune?	
	Har du søgt eller modtaget erstatning for eventuel tidligere skade? ☐ ja ☐ nej	Hvis ja, for hvilken skade?	
		Hvornår? (årstal) Oplys eventuel ménggrad:	
		Fra hvilket selskab? (navn og skadenr.)	

Egen læge	Hvem har du som læge?		Navn, Adresse, Postnr. og By (Evt. telefonnummer)	
Skete skaden: (sæt kryds):	I fritiden ☐	Under arbejde for arbejdsgiver ☐		
	På arbejdsgivers område ☐	Ærinde for arbejdsgiver ☐		
	Som selvstændig (eget erhverv) ☐	Under militærtjeneste ☐		
	☐ Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)			
	Hvem arbejdede du for?			
	Hvad var aftalt omkring arbejdets omfang?			
	☐ I fritidslandbrug		Er du momsregistreret?	☐ ja
Andre oplysninger	☐ Under lønnet sport (d.v.s. du har spilleraftale/kontrakt)		Overstiger løn/vederlag/anden indkomst kr. 50.000 årligt?	☐ ja ☐ nej
	Havde du indenfor det sidste døgn inden skaden, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lign.?		Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget?	
	☐ ja ☐ nej			
Politi	Er der optaget politirapport ?		Hvis ja, af hvilken station og journalnummer?	
	☐ ja ☐ nej			
Trafikskade (sæt kryds)	Var du fører eller passager?		☐ fører	☐ passager
	I bil ☐			
	På motorcykel ☐			
	På knallert/scooter ☐		Under 50 ccm ☐	Over 50 ccm ☐
	Andet ☐		Hvad:	
Danmark	Er du medlem af sygeforsikringen "danmark"? ☐ ja, hvilken gruppe? ☐ nej			
Andre forsikringer (sæt kryds)	Er uheldet anmeldt til eller bliver anmeldt til en eller flere af følgende forsikringer? ☐ ja ☐ nej			
	Hvis ja, hvornår?:			
	☐ Ulykke (herunder rejseulykke)	Selskab	Skade/Ref.nr.	
	☐ Dansk Tandforsikring		Skade/Ref.nr.	
	☐ Sundhedsforsikring	Selskab	Skade/Ref.nr.	
	☐ Modparts ansvarsforsikring	Selskab	Skade/Ref.nr.	
	☐ Anden ansvarsforsikring	Selskab	Skade/Ref.nr.	
	☐ Arbejdsskadeforsikring	Selskab	Skade/Ref.nr.	
Krav/ Forventninger	Hvad er din umiddelbare forventning til forsikringsdækning i forbindelse med skaden? (sæt 1 eller flere krydser)		☐ Dækning af eventuelle varige mén.	
			☐ Fysioterapi: skal være lægeordineret / omfattet af den offentlige sygesikring.	
			☐ Kiropraktorbehandling: skal være omfattet af den offentlige sygesikring.	
			☐ Tandskade	
			☐ Erstatningsrejse (Dokumentation skal vedlægges)	

FP 602 - Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed

Jeg giver hermed samtykke til, at

- Alka må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Alka finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling
- de, som Alka indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Alka har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring
- Forsikringsselskaber, Pensionskasser, Erstatningsnævnet og Patientforsikringen.
- Følgende eksterne samarbejdspartnere, som udfører opgaver for Alka i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling: Mediconnect og Attestbooking

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet,
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Alka har taget stilling til mit krav.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked hver gang Alka indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Dato:	Underskrift:	cpr.nr.:
-------	--------------	----------