Skadeanmeldelse vedrørende HK Tandforsikring

Udskriv formularen

Stilling	
Navn (Fornavne - efternavn)	
Adresse	
Postnr.	By

CPR-nr.	
Policenr.	**1061417652**
Telefonnr.	
Bank	**Reg.nr.**
	Kontonr.
E-mail	
Brug venligst BLOKBOGSTAVER	

Hvis du har en anden forsikring, der dækker dine tandlægeudgifter, bedes du oplyse dette.
Det kan være en anden tandforsikring eller ulykkesforsikring, hvis dine tænder er beskadiget som følge af et ulykkestilfælde.

Selskab		Policenr.	

Hvis du har tandlægeregninger, som du skal have refunderet, skal du følge denne vejledning.

Du skal sammen med anmeldelsen sende regning, betalingskvittering og kopi af hele din tandlægejournal inkl. relevante røntgenbilleder.
Vær opmærksom på, at der gælder en årlig selvrisiko på 3.048 kr. (2013-niveau). Det betyder, at ind til du inden for ét forsikringsår har regninger, der overstiger dette beløb, skal du gemme dem, og først indsende dem, når de samlet overstiger selvrisikoen.
I stedet for at sende det med posten, har du også mulighed for at scanne dokumenterne og sende dem via mail. Vær i givet fald opmærksom på, at du derved accepterer, at der, via mail, sendes og besvares oplysninger, der kan indeholde personfølsomme oplysninger, som f.eks. CPR-nr. og tandoplysninger.
Se kontaktoplysninger nederst på anmeldelsen.

Samtykke til indhentning af oplysninger fra tandlæge, sygehus m.v.

Derfor skal du give samtykke
Når du rejser krav om udbetaling, har du pligt til at give Alka alle tilgængelige og relevante oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag.

Udbetaling af forsikringen
Hvis du er berettiget til erstatning, har du krav på at få din udbetaling 14 dage efter, at Alka har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen.

Din tandlæge kan videregive oplysninger
Din tandlæge, hospital m.v. kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine tandforhold.

Du kan altid trække samtykket tilbage
Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. Hvis du fortryder det, kan du altid trække det tilbage.

Samtykke

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 og de, som Alka indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Alka har anmodet om.
Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?
· Tandlæger, sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
· Forsikringsselskaber og Patientforsikringen
Hvilke oplysninger?
· Helbredsoplysninger herunder kopi af journal og røntgenbilleder
Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Alka har taget stilling til mit krav.

_____ Dato

_____ Forsikredes underskrift

0733:4

Anmeldelsen inkl. kopi af fuld journal, røntgenbilleder, originalregning for behandling samt kvittering for betaling, sendes til:

Alka Forsikring, Engelholm Alle 1, 2630 Taastrup

Telefon 4358 5677 - e-mail: hktandforsikring@alka.dk