



Anmeldelse af visse kritiske sygdomme / Barn



Medlemmets	Erhverv/beskæftigelse		Policenr.	16598968
	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		

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

Udfyldes af HK:	
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
BO Personskade
Engelholm Allé 1
2630 Taastrup
person.skade@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 16.30.

0366:8 HK 13080013

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: _____

Underskrift fra værge/forældremyndighed

Sæt kryds ved fælles forældremyndighed

Dato	Værge 1, Navn	CPR-nummer	Underskrift
Dato	Værge 2, Navn	CPR-nummer	Underskrift