

Anmeldelse af visse kritiske sygdomme

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	

Udfyldes af HK:

Det bekræftes, at ovennævnte er omfattet af forsikring ved visse kritiske sygdomme:

Hvornår er forsikrede indtrådt i forsikringen:

Dato / År

Påtegning/stempel, dato og underskrift

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 din 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.

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/
indlæggelse _____

(skal altid udfyldes)

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.: _____

Underskrift fra forsikrede

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

Dato:

Underskrift: