

Anmeldelse af visse kritiske sygdomme / Barn

Medlemmets	Stilling		Policenr.	
	Forsikredes fulde navn			
	Adresse		CPR-nr.	
	Postnr	By		
		Telefonnr.		

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

Udfyldes af forsikringstager: (Forbund, forening, firma eller 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"/>	

VEJLEDNING TIL FORSIKREDE SOM GENNEMLÆSES FØR ANMELDELSEN UDFYLDES.

For at vi kan behandle sagen så hurtigt og korrekt som muligt, er det vigtigt, at vi fra starten har alle oplysninger. Derfor skal du besvare **alle** spørgsmål på den efterfølgende side.

Hvis der er spørgsmål, du ikke forstår, kan du ringe til os.

Når vi har modtaget anmeldelsen, sender vi et spørgeskema til din læge.

Anmeldelsen skal sendes til

Alka Forsikring
Engelholm Alle 1
Høje Taastrup
2630 Taastrup

Spørgsmål til 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)

Nej Ja Hvis ja hvilken? _____

5. Angiv navn og adresse på din egen læge og andre læger/hospitaler, som barnet har været i kontakt med i forbindelse med sygdommen:

a. Egen læge: Navn: _____ Adresse: _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

6. Dit pengeinstitut, hvor vi skal indsætte en eventuel udbetaling?

Navn på pengeinstitut: _____ Reg-nr.: _____ Kontonr.: _____

Samtykkeerklæring og underskrift

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Alka kan indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mit barns helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger kan indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune og Arbejdsskadestyrelsen samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser.

Samtykket omfatter helbredsoplysninger frem til det tidspunkt, hvor Alka har bedømt mit eventuelle krav på, at få min forsikring udbetalt.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Alka.

Dato: _____ Underskrift: _____

Ved underskrift af anden end den forsikrede bedes navn og adresse samt slægtsforhold venligst oplyst.
