

Anmeldelse af ulykkestilfælde Dødsfald



FORSIKREDE	Erhverv/beskæftigelse på skadetidspunktet	
	Navn (Fornavne - efternavn)	
	Adresse	
	Postnr.	By
	Arbejdede afdøde mindst 20 timer pr. uge på skadestidspunktet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Var afdøde på efterløn på skadestidspunktet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Policenr.:	
CPR-nr.	

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 Forsikring, vil ske til arvingernes 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.

Beskrivelse af ulykkestilfældet	Hvornår skete ulykken? <input type="text"/> dag, den <input type="text"/> / <input type="text"/> år <input type="text"/> kl. (0 - 24) <input type="text"/>	
	Hvor skete ulykken?	<input type="text"/>
	Hvordan skete ulykken, og hvad var årsagen til dødsfaldet? (Dette spørgsmål må besvares nøjagtigt og udførligt, således at Alka Forsikring kan danne sig et klart billede af, hvad der skete ved ulykken)	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
Lægelige oplysninger	Hvem var afdødes egen læge?	Navn, Adresse, postnr. og By (Evt. telefonnummer)
	<input type="text"/>	
	Blev afdøde behandlet på sygehus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvilket sygehus og hvilken afdeling?
	Er der foretaget obduktion? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvilket sygehus og hvornår?
Skete ulykken: (sæt kryds):	I fritiden <input type="checkbox"/> Under arbejde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>	
	På arbejdsgivers område <input type="checkbox"/> Ærinde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>	
	Som selvstændig (eget erhverv) <input type="checkbox"/> Under militærtjeneste <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)	
	Hvem arbejdede afdøde for?	<input type="text"/>
	Hvad var aftalt omkring arbejdets omfang? <input type="checkbox"/> I fritidslandbrug <input type="checkbox"/> Var afdøde momsregistreret? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	<input type="text"/>
Andre oplysninger	Havde afdøde indenfor det sidste døgn inden skaden, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lign.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget? <input type="text"/>
	<input type="text"/>	
Politi	Er der optaget politirapport ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, af hvilken station? <input type="text"/>
Trafikskade (sæt kryds)	Var afdøde fører eller passager? <input type="checkbox"/> fører <input type="checkbox"/> passager	
	I bil <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	På motorcykel <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	På knallert/scooter <input type="checkbox"/>	Under 50 ccm <input type="checkbox"/> Over 50 ccm <input type="checkbox"/>
	Andet <input type="checkbox"/>	Hvad: <input type="text"/>
Andre forsikringer (sæt kryds)	Er uheldet anmeldt til eller bliver anmeldt til en eller flere af følgende forsikringer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
	Hvis ja, hvornår?: <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Ulykke (herunder rejseulykke)	Selskab <input type="text"/> Skade/Ref.nr. <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Modparts ansvarsforsikring	Selskab <input type="text"/> Skade/Ref.nr. <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Arbejdsskadeforsikring	Selskab <input type="text"/> Skade/Ref.nr. <input type="text"/>

Hvem efterlades (sæt kryds)	<input type="checkbox"/> Ægtefælle/registreret partner efterlades (besvar punkt 1) <input type="checkbox"/> Samlever efterlades (besvar punkt 2) <input type="checkbox"/> Børn efterlades (besvar punkt 3) <input type="checkbox"/> Testamente er oprettet (se punkt 4) <input type="checkbox"/> Forældre og/eller søskende efterlades (besvar punkt 5 og 6)		
pkt. 1	I henhold til vielses-/partnerskabsattest erklærer jeg på tro og love, at mit ægteskab/registrerede partnerskab med afdøde ikke var ophævet ved separation eller skilsmisse på ulykkestidspunktet. Kopi af vielses-/partnerskabsattest vedlægges.		
Dato		Cpr-nr. Underskrift	
pkt. 2	Der efterlades ingen ægtefælle/registreret partner, men derimod samlever: Afdøde og samleveren har været samlevende i mere end 2 år: (kopi af bopælsattester for begge parter vedlægges)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
		Afdøde og samleveren har fælles bopæl og venter, har eller har haft barn/børn sammen: (kopi af dåbsattest for barnet/børnene vedlægges)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
pkt. 3	Der efterlades børn (levende og døde, myndige og umyndige, født inden- og udenfor ægteskab, adoptivbørn, men ikke stedbørn). Der anføres fødselsdag og -år. For døde børn anføres ligeledes dødsåret. Er et eller flere børn døde bedes dette oplyst i feltet "særlige bemærkninger" med navne, fødselsdata og adresse for deres børn, idet disse tager arv efter afdøde.		
Kopi af fødsels-, navne- eller dåbsattest/er vedlægges			
Navn:		Adresse:	CPR-nr.
			-
			-
			-
			-
			-
Særlige bemærkninger:			
pkt. 4	Der efterlades ingen ægtefælle/registreret partner, ingen samlever og ingen børn, men afdøde havde oprettet testamente. Hvis ja vedlægges testamentet i kopi <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		
pkt. 5	Der efterlades ingen ægtefælle/registreret partner, ingen samlever, ingen børn og afdøde havde ikke oprettet testamente. I så fald anføres afdøde forældre. Er blot en af forældrene død, skal også pkt. 6 udfyldes.		
Kopi af fødsels-, navne- eller dåbsattest/er for det afdøde medlem vedlægges			
Navn:		Adresse:	CPR-nr.
			-
			-
pkt. 6	Der efterlades ingen ægtefælle/registreret partner, ingen samlever, ingen børn, intet testamente og faderen og/eller moderen til afdøde er død. Den afdøde faders og/eller moders halvdel arves af vedkommendes børn, hvorfor disse anføres, hvad enten de lever eller ej. Ikke levendes eventuelle livsarvinger anføres ligeledes.		
Kopi af fødsels-, navne- eller dåbsattest/er vedlægges			
Navn:		Adresse:	CPR-nr.
			-
			-
			-
			-
			-

FP 611 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed - Afdød

Derfor skal du give samtykke

Når der rejses krav om udbetaling fra Alka Forsikring, har Alka Forsikring behov for alle relevante oplysninger i henhold til forsikringsaftaleloven. Når du kan være berettiget til en forsikringsydelse efter en afdød person, har du pligt til at give Alka Forsikring alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelse af sagen og for fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse.

Udbetaling af forsikringen

Ifølge forsikringsaftaleloven er der først krav på udbetaling fra forsikringen 14 dage efter, at Alka Forsikring har fået de oplysninger, der er nødvendige for at kunne bedømme sagen og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen.

Læge m.fl. kan videregive oplysninger

Når du har givet samtykke, kan den afdøde læge videregive oplysninger om den afdødes helbredsforhold, fordi det er nødvendigt af væsentlige hensyn til den, der evt. er berettiget til en forsikringsydelse efter afdøde. Det følger af sundhedslovens § 45 og § 43, stk. 2, nr. 2. Offentlige myndigheder og forsikringsselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om den afdøde, dog i henhold til anden lovgivning.

Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som Alka Forsikring ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan det altid trækkes tilbage.

Du får besked, hver gang Alka Forsikring indhenter oplysninger

Hver gang Alka Forsikring indhenter konkrete oplysninger, får du besked om, hvor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem Alka Forsikring ønsker at indhente oplysningerne.

Samtykke

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

Oplysninger må indhentes hos praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring og politi samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagen.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Alka Forsikring har bedømt mit evt. krav på at få forsikringen udbetalt. Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Alka Forsikring.

Underskriverens slægtskabsforhold til afdøde		
Navn		
Adresse		
Postnr.	By	Telefonnr.
Dato	CPR-nummer	Underskrift

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.

E-mail

Brug venligst BLOKBOGSTAVER