

# 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.	

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

<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	
Brug venligst BLOKBOGSTAVER	

### 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.

<b>Beskrivelse af ulykkestilfældet</b>	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"/>	
<b>Lægelige oplysninger</b>	Hvem var afdødes egen læge?	Navn, Adresse, postnr. og By (Evt. telefonnummer)
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	Blev afdøde behandlet på sygehus?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvilket sygehus og hvilken afdeling?  <input type="text"/> <input type="text"/>
Er der foretaget obduktion?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvilket sygehus og hvornår?  <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Skete ulykken:</b> (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="text"/>
<input type="checkbox"/> I fritidslandbrug	Var afdøde momsregistreret?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
<b>Andre oplysninger</b>	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"/>
	<b>Politi</b>	Er der optaget politirapport ?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
<b>Trafikskade</b> (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"/>
<b>Andre forsikringer</b> (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"/>

<b>Hvem efterlades (sæt kryds)</b>	<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)														
<b>pkt. 1</b>	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 <input type="text"/>		Cpr-nr.	Underskrift <input type="text"/>												
<b>pkt. 2</b>	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													
<b>pkt. 3</b>		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												
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															
	<b>Navn:</b>	<b>Adresse:</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="884 752 1315 815">CPR-nr.</th> <th data-bbox="1315 752 1517 815">Hvis død: dødsår</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="884 815 1315 871">                    -          </td> <td data-bbox="1315 815 1517 871"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 871 1315 927">                    -          </td> <td data-bbox="1315 871 1517 927"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 927 1315 983">                    -          </td> <td data-bbox="1315 927 1517 983"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 983 1315 1039">                    -          </td> <td data-bbox="1315 983 1517 1039"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 1039 1315 1099">                    -          </td> <td data-bbox="1315 1039 1517 1099"></td> </tr> </tbody> </table>	CPR-nr.	Hvis død: dødsår	-		-		-		-		-	
CPR-nr.	Hvis død: dødsår														
-															
-															
-															
-															
-															
<b>Særlige bemærkninger:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
<b>pkt. 4</b>	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														
<b>pkt. 5</b>	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															
	<b>Navn:</b>	<b>Adresse:</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="884 1547 1315 1610">CPR-nr.</th> <th data-bbox="1315 1547 1517 1610">Hvis død: dødsår</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="884 1610 1315 1666">                    -          </td> <td data-bbox="1315 1610 1517 1666"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 1666 1315 1682">                    -          </td> <td data-bbox="1315 1666 1517 1682"></td> </tr> </tbody> </table>	CPR-nr.	Hvis død: dødsår	-		-							
CPR-nr.	Hvis død: dødsår														
-															
-															
<b>pkt. 6</b>	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															
	<b>Navn:</b>	<b>Adresse:</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="884 1827 1315 1890">CPR-nr.</th> <th data-bbox="1315 1827 1517 1890">Hvis død: dødsår</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="884 1890 1315 1946">                    -          </td> <td data-bbox="1315 1890 1517 1946"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 1946 1315 2002">                    -          </td> <td data-bbox="1315 1946 1517 2002"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 2002 1315 2058">                    -          </td> <td data-bbox="1315 2002 1517 2058"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 2058 1315 2114">                    -          </td> <td data-bbox="1315 2058 1517 2114"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 2114 1315 2159">                    -          </td> <td data-bbox="1315 2114 1517 2159"></td> </tr> </tbody> </table>	CPR-nr.	Hvis død: dødsår	-		-		-		-		-	
CPR-nr.	Hvis død: dødsår														
-															
-															
-															
-															
-															