

Anmeldelse af ulykkestilfælde

Tandskade



FORSIKRINGSTAGER	Oplysninger om skadelidtes arbejde/erhverv - skal udfyldes uanset alder:	
	Navn (Fornavne - efternavn)	
	Adresse	
	Postnr.	By

Skadenr.	
CPR-nr.	
Telefonnr.	
Mobilnr.	
<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	

Tilskadekomne (hvis anden end forsikringstager)	Navn (Fornavne - efternavn)		CPR.nr.	
	Adresse		Postnr.	By
			Mobilnr.	Tlf.nr.
Arbejde/erhverv - skal udfyldes uanset alder	Hvad var dit daglige arbejde / erhverv på skadestidspunktet?			
	I hvilken branche arbejdede du i?			
	Hvor mange timer arbejdede du om ugen på skadestidspunktet?			
	Hovederhverv: _____ timer. Bieerhverv _____ timer.			

Anmeldelsen skal sendes på brev eller via e-mail til

Alka Forsikring
Skadecenter
Engelholm Allé 1
2630 Taastrup
skade@alka.dk

NemKonto

Eventuelle udbetalinger fra Alka, vil ske til 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.

0197:18

Skade-tidspunkt	Hvornår skete ulykkestilfældet? <input type="text"/> dag, den <input type="text"/> / <input type="text"/> år <input type="text"/> kl. (0 - 24) <input type="text"/>		
	Hvor skete hændelsen?		
	I fritiden <input type="checkbox"/>	Under militærtjeneste <input type="checkbox"/>	Som selvstændig (eget erhverv) <input type="checkbox"/>
	Under arbejde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>	På arbejdsgivers område <input type="checkbox"/>	Ærinde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>
Ved skader sket i fritiden	Skete skaden: (Sæt kun x hvis skaden skete på en af følgende måder)		
	<input type="checkbox"/> Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)		
	Hvem arbejdede du for?	<input type="text"/>	
	Hvad var aftalt omkring arbejdets omfang?	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> I fritidslandbrug	Er du momsregistreret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	<input type="checkbox"/> Under lønnet sport (d.v.s. du har spilleraftale/kontrakt)	Overstiger løn/vederlag kr. 25.000 årligt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Beskrivelse af skaden og hændelsen	Hvad er der sket af tandskade?	<input type="text"/>	
	Er der sket anden personskade? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvilken? <input type="text"/>	
	Hvordan kom du til skade? (Beskriv hændelsen så det klart fremgår, hvad der skete og hvad der var den direkte årsag til skaden)	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
<input type="text"/>			
Andre oplysninger	Havde du 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"/>	
	Er der foretaget blod/urinprøve?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
Politi	Er politirapport optaget? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, af hvilken station og journalnummer? <input type="text"/>	
	Danmark	Er du medlem af sygeforsikringen "danmark"? <input type="checkbox"/> ja, hvilken gruppe? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nej	

Andre forsikringer	Har du andre ulykkesforsikringer end denne <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
	Hvis ja, i hvilket Selskab <input type="text"/> Skade/Ref.nr. <input type="text"/>	
	Hvornår er skaden anmeldt til andet selskab <input type="text"/>	
	Har du tegnet forsikring i Dansk Tandforsikring <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
	Hvis ja, Skade/Ref.nr. <input type="text"/>	
Læge/tand- lægehjælp	Hos hvem og hvornår blev du behandlet/undersøgt 1. gang efter skaden?	Hos:
		<input type="text"/>
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Dato:
		<input type="text"/>
	Hvis ja, hos hvem og hvornår?	
	<input type="text"/>	
	Dato:	
	<input type="text"/>	
Egen tandlæge	Hvem har du som tandlæge?	Navn, Adresse, Postnr. og By
		<input type="text"/>
Helbred/ Tidligere skader	Var du syg/sygemeldt på skade- tidspunktet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, på grund af hvad?
		<input type="text"/>
	Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvilke gener.
		<input type="text"/>
	Har du før haft problemer (sygdom/ skade) med nu skadet/skadede tand/ tænder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvilke problemer?
		<input type="text"/>
		Hvornår?
	Hvilken tandbehandling fik du?	
	<input type="text"/>	
Blev den tidligere skade forsikringsanmeldt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, til hvem? (oplys selskab/skadenr.)	
	<input type="text"/>	

FP 602 - Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed

Jeg giver hermed samtykke til, at

- Alka må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Alka finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling
- de, som Alka indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Alka har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring
- Forsikringselskaber, Pensionskasser, Erstatningsnævnet og Patientforsikringen.
- Følgende eksterne samarbejdspartnere, som udfører opgaver for Alka i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling: Mediconnect og Attestbooking

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet,
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Alka har taget stilling til mit krav.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked hver gang Alka indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Dato:

Underskrift:

cpr.nr.: