



Anmeldelse af visse kritiske sygdomme / Barn



Medlemmets	Stilling	
	Forsikredes fulde navn	
	Adresse	
	Postnr	By

Policenr.	368-1090308498
CPR-nr.	
Telefonnr.	
<input type="checkbox"/> Sæt X her i boksen – det betyder for dig at du giver os samtykke til at korrespondere omkring din sag vedrørende kritisk sygdom på e-mail.	
E-mail:	

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

Udfyldes af Føroya Arbeidarafelag:	
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
 person.skade@alka.dk

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)

Ja Nej

Hvis ja hvilken? _____

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

a. Egen læge: Navn: _____ Dato for besøg/
(skal altid udfyldes) indlæggelse _____

Adresse: _____

b. Navn: _____ Dato for besøg/
indlæggelse _____

Adresse: _____

c. Navn: _____ Dato for besøg/
indlæggelse _____

Adresse: _____

d. Navn: _____ Dato for besøg/
indlæggelse _____

Adresse: _____

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

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

Til brug for sagens videre behandling

For behandling af sagen, skal vi bruge dit/jeres samtykke. Derfor beder vi dig/jer underskrive og returnere vedlagte samtykkeerklæring.

Samtidig beder vi dig/jer sende kopi af barnets dåbsattest eller fødsels- og navneattest.

Derfor skal du give samtykke

Når du/l rejser krav om udbetaling fra Alka Forsikring, har du/l i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give selskabet alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du/l har derfor pligt til at give Alka Forsikring alle oplysninger, som er nødvendige og kan have betydning for bedømmelsen af dit/jeres barns sag herunder en korrekt fastsættelse af udbetalingen.

Helbredsoplysninger m.v.

Dit/jeres barns læge og andre lægelige institutioner kan med dit/jeres samtykke videregive oplysninger om dit/jeres barns helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Der kan også være behov for oplysninger fra før sygdommens indtræden med henblik på vurdering af, om den aktuelle tilstand skyldes forhold, som er forsikringen uvedkommende. Forsikringsselskabet har derfor behov for, at sådanne oplysninger kan indhentes fra kilder, som kender til forholdene og har dokumentation for oplysningerne i journaler og sagsakter mv.

Selskabets behandling af oplysningerne

Alka Forsikring behandler oplysningerne fortroligt i overensstemmelse med persondatalovens regler i § 35. Du/l har altid mulighed for, at få en kopi af de sagsakter som Alka Forsikring har indhentet i forbindelse med sagens behandling.

Du/l kan altid trække samtykket tilbage

Dit/jeres samtykke gælder i et år efter, at du/l har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som Alka Forsikring ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du/l fortryder dit/jeres samtykke, kan du/l altid vælge at trække det tilbage.

Udbetaling af forsikringen

Ifølge loven har medlemmet af fagforeningen først krav på at få udbetaling fra forsikringen 14 dage efter, at Alka Forsikring har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme dit/jeres barns sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af Forsikringsaftaleloven § 24.

Du/l får besked hver gang Alka Forsikring indhenter oplysninger

Hver gang Alka Forsikring indhenter konkrete helbredsoplysninger m.v., får du/l besked om, hvorfor oplysningerne indhentes og hos hvem.

Når vi har modtaget det underskrevne samtykke samt dåbsattest eller fødsels- og navneattest, hører du/l fra os igen.

Henvendelse til os

Har du/l spørgsmål til sagen, er du/l velkommen til at kontakte os – gerne telefonisk mandag til fredag mellem klokken 8.00 og 16.30. Ved henvendelse bedes sagens skadenummer oplyst.

Med venlig hilsen

Alka Forsikring

E-mail: person.skade@alka.dk

FP 015 Samtykke: Når mit/vores barn er blevet syg Forsikring ved visse kritiske sygdomme

Jeg/vi giver med min/vores underskrift samtykke til, at Alka Forsikring i forbindelse med min/vores ansøgning om udbetaling må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af ansøgningen.

Alka Forsikring indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om forsikredes barn har en kritisk sygdom, som er omfattet af forsikringen. Alka Forsikring må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mit/vores barn (fx CPR-nr.) og relevante oplysninger om forsikrings sagen og mit/vores barns helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. Alka Forsikring præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

Alka Forsikring kan med dette samtykke i et år fra datoen for min/vores underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Mit/vores barns nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre og laboratorier.
- Speciallæger.

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år fra datoen for min/vores underskrift videregive de relevante oplysninger til Alka Forsikring.

Hvilke typer af oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer og kontakter til sundhedsvæsenet.

For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 10 år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor Alka Forsikring har taget stilling til min/vores ansøgning om udbetaling.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Alka Forsikring med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

Tidsbegrænsning af samtykke

Jeg/vi kan til enhver tid trække mit/vores samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for Alka Forsikrings mulighed for at behandle ansøgningen om udbetaling.

Sæt kryds ved fælles forældremyndighed

Dato:/.....-20... Underskrift:..... CPR-nr.: _____ - _____

Dato:/.....-20.... Underskrift:..... CPR-nr.: _____ - _____