

Anmeldelse af ulykkestilfælde Invaliditet/Legemsbeskadigelse



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

Hvis forbundsforsikret:	Forbund
Adresse/Postnr./By	

Skadenr.	
CPR-nr.	
Telefonnr.	
Mobilnr.	
Bank	Reg.nr.
	Kontonr.
<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)	Din stilling/Erhverv på skadetidspunktet		CPR.nr.
	Navn (Fornavne - efternavn)		
	Adresse	Postnr.	By
	Arbejdede du mindst 20 timer pr. uge på skadestidspunktet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Var du på efterløn på skadestidspunktet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

VEJLEDNING SOM GENNEMLÆSES FØR ANMELDELSEN UDFYLDES.

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

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

I slutningen af skemaet skal du fortælle os, om du har en ulykkesforsikring i et andet selskab, eller om der er en modpart involveret.

Modtager vi disse oplysninger, kan vi med det samme begynde at samarbejde med de andre selskaber. Et samarbejde mellem selskaberne berører selvfølgelig ikke en eventuel udbetaling af invaliditetserstatning.

Når vi har modtaget skemaet, får du ca. en uge efter brev fra os, hvor vi fortæller, hvad der nu vil ske i din sag.

Skemaet skal sendes til

Alka Forsikring
Engelholm Alle 1
Høje Taastrup
2630 Taastrup

0709:15

Alle spørgsmål / afsnit skal udfyldes af tilskadekomne

Beskrivelse af ulykkestilfældet	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 ulykkestilfældet?
Beskrivelse af skaden og hændelsen	Hvad er der sket af personskade?
	Hvordan kom du til skade? (Beskriv hændelsen så det klart fremgår, hvad der skete og hvad der var den direkte årsag til skaden)
Lægehjælp	Hos hvem og hvornår blev du behandlet/undersøgt 1. gang efter skaden?
	Hos: Angiv navn og adresse på behandlingssted
	Dato:
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Hvis ja, hos hvem, navn og adresse samt hvornår?
	Dato:
Helbred/Tidligere skader	Var du syg/sygemeldt på skadetidspunktet, altså før skadens indtræden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Hvis ja, på grund af hvad?
	Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Hvis ja, hvilken sygdom?
	Hvornår opstod sygdommen (årstal)
	Har du før uheldet haft behandlingskrævende gener på nu skadet/skadede legemsdel/legemsdele? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Hvis ja, hvilken?
	Hvornår (årstal) opstod generne, og hvor blev du behandlet?
	Hvordan opstod generne? Beskriv eventuelle varige følger:
Har du søgt eller modtaget pension for eventuel tidligere lidelse/sygdom eller skade? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
Hvis ja, for hvilken lidelse, sygdom eller skade?	
Hvornår? (årstal) Fra hvilken kommune?	
Har du søgt eller modtaget erstatning for eventuel tidligere skade? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
Hvis ja, for hvilken skade?	
Hvornår? (årstal) Oplys eventuel méngrad:	
Fra hvilket selskab? (navn og skadenr.)	

Egen læge	Hvem har du som læge?	Navn, Adresse, Postnr. og By (Evt. telefonnummer)
Skete skaden: (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 du for?	
	Hvad var aftalt omkring arbejdets omfang?	
<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
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?
	Er der foretaget blod/urinprøve? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
Politi	Er der optaget politirapport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, af hvilken station og journalnummer?
Trafikskade (sæt kryds)	Var du fører eller passager? <input type="checkbox"/> fører <input type="checkbox"/> passager	
	I bil <input type="checkbox"/>	
	På motorcykel <input type="checkbox"/>	
	På knallert/scooter <input type="checkbox"/>	
	Hvis knallert/scooter Under 50 ccm <input type="checkbox"/> Over 50 ccm <input type="checkbox"/>	
Danmark	Er du medlem af sygeforsikringen "danmark"? <input type="checkbox"/> ja, hvilken gruppe? <input type="checkbox"/> nej	
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="checkbox"/> Ulykke (herunder rejseulykke)	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Dansk Tandforsikring	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sundhedsforsikring	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Modparts ansvarsforsikring	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Anden ansvarsforsikring	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Arbejdsskadeforsikring	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
Krav/ Forventninger	Hvad er din umiddelbare forventning til forsikringsdækning i forbindelse med skaden? (sæt 1 eller flere kryds)	<input type="checkbox"/> Dækning af eventuelle varige mén.
		<input type="checkbox"/> Fysioterapi (lægehenvist - gælder kun en terapeut, der er omfattet af den danske sygesikring)
		<input type="checkbox"/> Kiropraktik
		<input type="checkbox"/> Tandskade
		<input type="checkbox"/> Erstatningsrejse (Dokumentation skal vedlægges)
		<input type="checkbox"/> Andet, hvad? <input type="checkbox"/>

FP602/FP607 - Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Alka, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give dit selskab alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Alka alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

Derfor skal du/I give samtykke for børn

Når du/I som forældremyndighedsindehaver(e) rejser krav om udbetaling fra Alka Forsikring, er der i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give Alka Forsikring alle tilgængelige og relevante oplysninger, som kan være af betydning for bedømmelsen af sagen og fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

Ved fælles forældremyndighed kræves underskrift fra begge forældremyndighedsindehavere eller fuldmagt fra ikke-underskrivende til, at underskriver er berettiget til at give samtykke på begge vegne.

Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at Alka har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Din læge kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven.

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 ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Du får besked hver gang Alka indhenter oplysninger

Hver gang Alka indhenter konkrete helbredsoplysninger m.v., får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, selskabet ønsker at hente oplysningerne.

Samtykke

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

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

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.

Navn

Dato

CPR-nummer

Underskrift

Hvis skadelidte er under 18 år anføres:

Væрге 1, Navn

CPR-nummer

Underskrift

Væрге 2, Navn

CPR-nummer

Underskrift

Lægeforeningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger, sker det ved en aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis selskabet/pensionskassen anmoder om det.