

# Anmeldelse af ulykkestilfælde

## Tandskade



FORSIKRINGSTAGER	Stilling/Erhverv på skadetidspunktet	
	Navn (Fornavne - efternavn)	
	Adresse	
	Postnr.	By

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.

På side 3 i skemaet skal du fortælle os, om du har en ulykkesforsikring eller en tandforsikring i et andet selskab.

Modtager vi disse oplysninger, kan vi med det samme begynde at samarbejde med de andre selskaber.

Skemaet skal sendes til

**Alka Forsikring**  
Engelholm Alle 1  
Høje Taastrup  
2630 Taastrup

<b>Skade- tidspunkt</b>	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"/>
<b>Ved skader sket i fritiden</b>	<b>Skete skaden: (Sæt kun x hvis skaden skete på en af følgende måder)</b>		
	<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	
<b>Beskrivelse af skaden og hændelsen</b>	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"/>	
	<b>Hvordan kom du til skade?</b> (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"/>			
<b>Andre oplysninger</b>	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	
<b>Politi</b>	Er politirapport optaget? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, af hvilken station? <input type="text"/>	
	<b>Danmark</b>	Er du medlem af sygeforsikringen "danmark"? <input type="checkbox"/> ja, hvilken gruppe? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nej	

<b>Andre forsikringer</b>	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 sagen 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"/>	
<b>Læge/tandlægehjælp</b>	Hos hvem og hvornår blev du behandlet/undersøgt 1. gang efter skaden?	Hos:
		<input type="text"/>
		Dato:
		<input type="text"/>
Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hos hvem og hvornår?	
	<input type="text"/>	Dato:
	<input type="text"/>	
<b>Egen tandlæge</b>	Hvem har du som tandlæge?	Navn, Adresse, Postnr. og By
		<input type="text"/>
<b>Helbred/ Tidligere skader</b>	Var du syg/sygemeldt på skadetidspunktet? <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"/>	
	<input type="text"/>	

## FP602 - 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.

### 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/tandlæge kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Din læge/tandlæge 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 kan indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringselskaber og pensionskasser.

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

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.