

Finanstilsynet
 Århusgade 110
 2100 København Ø

DIREKTIONEN
 Engelholm Alle 1, Høje
 Taastrup
 2630 Taastrup
 Telefon: 70 12 14 16
 Telefax: 43 58 58 20
 Internet: www.alka.dk

Den 20. juni 2014

Anmeldelse af teknisk grundlag m.v.

Brevdato
20. juni 2014
Livsforsikringsselskabets navn
Forsikrings-Aktieselskabet Alka Liv II, Nr. Vir 210715
Overskrift
Livsforsikringsselskabet skal angive en præcis og sigende titel på anmeldelsen.
Anmeldelse af nyt helbredsskema ved tegning af Visse kritiske sygdomme
Resumé
Livsforsikringsselskabet skal udarbejde et resumé, der giver et fyldestgørende billede af anmeldelsen.
Det anmeldes at der i forbindelse med tegning af Visse kritiske sygdomme udelades spørgsmål om familiær sygdomshistorie. Dette er indarbejdet i de vedlagte helbredsskemaer.
Lovgrundlaget
Livsforsikringsselskabet skal angive, hvilket/hvilke nr. i lovens § 20, stk. 1, anmeldelsen vedrører.
Anmeldelsen vedrører Fil §20 stk 1, nr. 5.
Ikrafttrædelse
Livsforsikringsselskabet skal angive datoen for anmeldelsens ikrafttrædelse.
20. juni 2014
Ændrer følgende tidligere anmeldte forhold
Livsforsikringsselskabet skal angive, hvilken tidligere anmeldelse eller hvilke tidligere anmeldelser denne anmeldelse ophæver eller ændrer.
Anmeldelsen af 9. maj 2003
Angivelse af forsikringsklasse
Livsforsikringsselskabet skal angive, hvilken forsikringsklasse det anmeldte vedrører, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 2.
Anmeldelsen vedrører Livsforsikringsklasse I.
Anmeldelsens indhold med matematisk beskrivelse og gennemgang af de anmeldte forhold
Livsforsikringsselskabet skal angive anmeldelsens indhold med analyser, beregninger mv. på en så klar og præcis form, at de uden videre kan danne basis for en kyndig aktuars kontrolberegninger, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 3.

I helbredsskemaerne er der i forhold til de hidtidige anvendte helbredsskemaer, udeladt teksten:

"Har nogen af dine biologiske forældre eller søskende før 60-års alderen lidt af eller er døde af hjertesygdom, slagtilfælde, forhøjet blodtryk, sukkersyge, nyresygdom eller kræft?"

Redegørelse for de juridiske konsekvenser for forsikringstagerne

Livsforsikringsselskabet skal redegøre for de juridiske konsekvenser for den enkelte forsikringstager og andre berettigede efter forsikringsaftalerne, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 6. Er der ingen konsekvenser, skal livsforsikringsselskabet redegøre herfor.

Anmeldelsen har ingen juridiske konsekvenser for forsikringstagerne.

Redegørelse for de økonomiske konsekvenser for forsikringstagerne

Livsforsikringsselskabet skal redegøre for de økonomiske konsekvenser for de enkelte forsikringstager og andre berettigede efter forsikringsaftalerne, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 6. Er der ingen konsekvenser, skal livsforsikringsselskabet redegøre herfor.

Redegørelsen skal som minimum overholde kravene i bekendtgørelsens § 3, stk. 1, og stk. 3-5.

Udeladelse af spørgsmål om familiær sygdomshistorie giver mulighed for at indtegne flere kunder på lempeligere vilkår med forøget risiko til følge. Forøgelsen af risikoen forventes kun at være marginal og forventes at kunne holdes indenfor bonus.

Redegørelse for de juridiske konsekvenser for livsforsikringsselskabet

Livsforsikringsselskabet skal redegøre for de juridiske konsekvenser for livsforsikringsselskabet, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 7. Er der ingen konsekvenser, skal livsforsikringsselskabet redegøre herfor. Redegørelsen kan alternativt anføres i "Redegørelse i henhold til § 6 stk. 1.", jf. bekendtgørelsens § 6, stk. 1.

Anmeldelsen har ingen juridiske konsekvenser for selskabet.

Redegørelse for de økonomiske og aktuarmæssige konsekvenser for livsforsikringsselskabet

Livsforsikringsselskabet skal redegøre for de økonomiske og aktuarmæssige konsekvenser for livsforsikringsselskabet, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 6. Er der ingen konsekvenser, skal livsforsikringsselskabet redegøre herfor.

Redegørelsen skal som minimum overholde kravene i bekendtgørelsens § 3, stk. 2, og stk. 6-7.

Redegørelsen kan alternativt anføres i "Redegørelse i henhold til § 6, stk. 1.", jf. bekendtgørelsens § 6, stk. 1.

Idet den forøgede risiko forventes at kunne holdes indenfor bonus, vil selskabet ikke blive økonomisk belastet af indtegning på lempeligere vilkår.

Udeladelse af spørgsmål om familiær sygdomshistorie vil bringe helbredsskemaerne på niveau med hvad der i øvrigt er gældende i markedet.

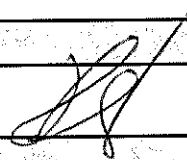
Navn

Angivelse af navn

Henrik Grønberg

Dato og underskrift

20. juni 2014



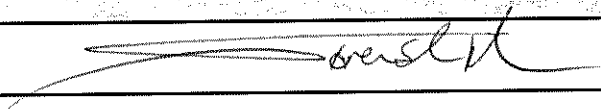
Navn

Angivelse af navn

Søren Schock Petersen

Dato og underskrift

20. juni 2014



Begæring

Policenr.: _____

Alka Kundegruppelivsforsikring

Udfyldes med blokbogstaver

Personoplysninger																																												
Forsikringstagers navn:		CPR-nr.:																																										
adresse:	postnr:	By: -																																										
Oplysninger om forsikrede udfyldes kun, hvis ordningen etableres som en krydslivsforsikring, hvor forsikrede er en anden person end forsikringstager. I andre tilfælde betragtes forsikringstager også som forsikrede.																																												
Forsikredes navn:		CPR-nr.:																																										
adresse:	postnr:	By: -																																										
Forsikringsdækning																																												
Jeg ønsker at blive forsikret med følgende forsikringssummer: (Kun én afkrydsning)																																												
<table border="1"><thead><tr><th>Sæt kryds</th><th>Død</th><th>Visse kritiske sygdomme</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>100.000</td><td>20.000</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>200.000</td><td>40.000</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>300.000</td><td>60.000</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>400.000</td><td>80.000</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>500.000</td><td>100.000</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>600.000</td><td>120.000</td></tr></tbody></table>	Sæt kryds	Død	Visse kritiske sygdomme	<input type="checkbox"/>	100.000	20.000	<input type="checkbox"/>	200.000	40.000	<input type="checkbox"/>	300.000	60.000	<input type="checkbox"/>	400.000	80.000	<input type="checkbox"/>	500.000	100.000	<input type="checkbox"/>	600.000	120.000	<table border="1"><thead><tr><th>Sæt kryds</th><th>Død</th><th>Visse kritiske sygdomme</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>700.000</td><td>140.000</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>800.000</td><td>160.000</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>900.000</td><td>180.000</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1.000.000</td><td>200.000</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1.100.000</td><td>220.000</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1.200.000</td><td>240.000</td></tr></tbody></table>	Sæt kryds	Død	Visse kritiske sygdomme	<input type="checkbox"/>	700.000	140.000	<input type="checkbox"/>	800.000	160.000	<input type="checkbox"/>	900.000	180.000	<input type="checkbox"/>	1.000.000	200.000	<input type="checkbox"/>	1.100.000	220.000	<input type="checkbox"/>	1.200.000	240.000	
Sæt kryds	Død	Visse kritiske sygdomme																																										
<input type="checkbox"/>	100.000	20.000																																										
<input type="checkbox"/>	200.000	40.000																																										
<input type="checkbox"/>	300.000	60.000																																										
<input type="checkbox"/>	400.000	80.000																																										
<input type="checkbox"/>	500.000	100.000																																										
<input type="checkbox"/>	600.000	120.000																																										
Sæt kryds	Død	Visse kritiske sygdomme																																										
<input type="checkbox"/>	700.000	140.000																																										
<input type="checkbox"/>	800.000	160.000																																										
<input type="checkbox"/>	900.000	180.000																																										
<input type="checkbox"/>	1.000.000	200.000																																										
<input type="checkbox"/>	1.100.000	220.000																																										
<input type="checkbox"/>	1.200.000	240.000																																										
Forsikringssummerne aftrappes årligt med 10% af de nævnte summer fra og med den forsikrede fylder 51 år. Forsikringen ophører seneste ved udgangen af det kalenderår, hvor forsikrede fylder 60 år.																																												
Forsikringen skal træde i kraft den: 1 / -																																												
Begunstigelse																																												
Hvis intet andet meddeles Alka Liv II, udbetales forsikringssummen ved død til forsikringstagerens "nærmeste pårørende", jf. Forsikringsaftalelovens § 105, stk. a.																																												
Hvis ordningen etableres som en krydslivsforsikring, og intet andet meddeles Alka Liv II, er forsikrede den begunstiget ved forsikringstagerens død, subsidiært forsikringstagerens "nærmeste pårørende", jf. Forsikringsaftaleloven § 105, stk. a.																																												
<input type="checkbox"/>	Som begunstiget indsættes: _____ (Anfør navn, adresse, CPR-nr. samt evl. slægtskabsforhold) _____ subsidiært "nærmeste pårørende", jf. Forsikringsaftaleloven § 105, stk. a.																																											
Betaling																																												
Jeg vil gerne betale forsikringen via BS og mit bankkontonr. er:																																												
Kontohavers CPR-nr.:	-	Reg.nr. Kontonr.																																										

0536:7

Alka Forsikring

Engelholm Allé 1, Høje Taastrup, DK-2630 Taastrup
Telefon 70 12 14 16, Telefax 43 58 58 57
alka@alka.dk, www.alka.dk, Giro 3100-2024330

Forsikrings-Aktieselskabet Alka, CVR-nr. 31 45 23 17
Forsikrings-Aktieselskabet Alka Liv II, CVR-nr. 16 60 31 04

Vend I

Forsikredes helbredsoplysninger

I forbindelse med etablering af Alka Kundegruppelivsforsikring, skal vi bede dig udfylde denne helbredserklæring. Du bedes derfor læse vedlagte "Kundevejledning om helbredsoplysninger" nøje igennem inden du udfylder helbredserklæringen. Du skal så vidt muligt, selv udfylde erklæringen og besvare alle spørgsmål omhyggeligt. Brug evt. en blank side, hvis der ikke er plads nok i de enkelte rubrikker.

<p>1.</p> <p>Har du nogensinde lidt af, blevet behandlet eller undersøgt for følgende?</p> <ul style="list-style-type: none">• Hjertelidelser• Forhøjet blodtryk• Problemer med blodomløbet• Hjerneblødning/blodprop i hjernen• Sukkersyge• Nyre- eller leversygdom• Urinvejsproblemer• Luftvejslidelser• Sygdomme i nervesystemet• Overvægt• Modermærker• Nogen former for kræft• Dissemineret sklerose• Muskel- eller knogleproblemer herunder gigt, forstyrrelser i den motoriske funktion, gangbesvær, rysten eller stivhed i kroppen• Psykisk sygdom• Demens/nedsat hukommelse• Øjen- eller ørelidelser	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken lidelse/behandling, hvor og hvornår:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2.</p> <p>Har du indenfor de sidste 10 år lidt af nogle andre alvorlige sygdomme?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken lidelse, hvornår og hvor længe:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>3.</p> <p>Har du indenfor de sidste 10 år været undersøgt, behandlet af læge, fået foretaget laboratorie-undersøgelser eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambu-latorium, hos alternativ behandler eller lign.?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvorfor, hvornår, og hvor længe:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.</p> <p>Har du nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken lidelse, hvornår og hvor længe:</p> <hr/> <hr/>

<p>5.</p> <p>Er du i øjeblikket under behandling, tager du nogen former for medicin eller narkotika, eller skal du indenfor nærmeste fremtid have foretaget undersøgelser på hospital eller hos din læge eller er du under alternativ, lægelig eller kirurgisk behandling?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken medicin, undersøgelse, behandling:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6.</p> <p>Ryger du, eller har du røget pipe cigaretter, eller cigarer m.v. jævnligt?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>hvis ja:</p> <p>hvor mange/meget om dagen? _____</p> <p>Hvis du er holdt op; anfør da hvornår? _____</p>
<p>7.</p> <p>7.1 Drikker du øl, vin eller spiritus?</p> <p>7.2 Har du tidligere drukket mere?</p> <p>7.3 modtager du eller har du tidligere modtaget behandling herfor?</p> <p>Alle 3 spørgsmål i pkt 7 skal besvares</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>hvis ja, anfør da hvor meget:</p> <p>Gennemsnitlig _____ genstande dagligt</p> <p>Gennemsnitlig _____ genstande dagligt</p> <p>Hvilken behandling og hvornår? _____</p> <p>_____</p>
<p>8.</p> <p>Er du fuldstændig rask og uden sygdomssymptomer?</p> <p>Er du fuldstændig arbejdsdygtig?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis nej, af hvilken grund? _____</p> <p>_____</p> <p>Hvis nej, af hvilken grund? _____</p> <p>_____</p>
<p>9.</p> <p>Hvad er din højde?</p> <p>Hvad er din vægt?</p> <p>Har din vægt ændret sig med mere end 5 kg indenfor de sidste 12 mdr. (bortset fra graviditet)?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ cm</p> <p>_____ kg</p> <p>Hvis ja, af hvilken grund: _____</p> <p>_____</p>
<p>10.</p> <p>Hvem er din læge?</p>		<p>Navn _____</p> <p>Adresse _____</p>
<p>11.</p> <p>Har du tidligere søgt forsikring, der udbetales ved kritisk sygdom?</p> <p>Hvis ja, blev forsikringen accepteret på normale vilkår?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis forsikringen er i kraft, hvor stor er forsikringssummen: _____ kr.</p> <p>Og hvilket selskab? _____</p> <p>Hvis nej, af hvilken årsag: _____</p> <p>_____</p>
<p>12.</p> <p>For at fremme ekspeditionstiden medsendes en kopi af</p>		<p>___ Lægejournal/Udskrift</p> <p>___ Udskrivningsbrev/Epikrise</p> <p>___ Pensionakter/Pensionspapirer</p> <p>___ Andet: _____</p>

Bekræftelse af oplysninger og samtykke.

Jeg bekræfter, at de oplysninger, jeg har afgivet om mit helbred, er i overensstemmelse med sandheden, og intet er foriet. Er oplysninger ikke korrekte, er jeg bekendt med at kunne risikere at miste hele eller dele af retten til erstatning. Jeg tillader, at Alka koncernen anvender de afgivne oplysninger om kundeforholdet til rådgivning, service og tilbud.

Samtykkeerklæring - FP 601 tegning og ændring:

Jeg giver hermed samtykke til, at

- Alka må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Alka finder nødvendige for at kunne vurdere min aktuelle sag om tegning/ændring af forsikring
- 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 og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber og pensionskasser.

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 min sag. Samtykket omfatter ikke oplysninger om genetiske test, der alene belyser risikoen for at udvikle sygdom på et senere tidspunkt.

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

Forsikringstagers underskrift

Forsikredes underskrift
(kun hvis krydslivsforsikring)



**Begæring om indtræden i
forsikringsordning ved Visse kritiske sygdomme**

MEDLEMMETS	Stilling		Policenr:	1 6 5 9 8 9 6 8
	Navn (Fornavn - efternavn)			
	Adresse		Cpr-nr.	-
	Postnr.	By		
CPR-nr. aflæses maskineft. Vær venlig at skrive tallene som vist her 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0				

Denne begæring udfyldes kun af de medlemmer, der tidligere har sagt nej til forsikringstilbudet, og ønsker at indtræde i forsikringen.

Udfyldes af Alka	
Accepteret den	/ Ar
Alkas påtegning	

Udfyldes af medlemmet

HK+/Visse kritiske sygdomme - Helbredserklæring

<p>1. Har du nogensinde lidt af, blevet behandlet eller undersøgt for følgende?:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjertelidelser • Problemer med blodomløbet • Forhøjet blodtryk • Hjerneblødning/blodprop i hjernen • Sukkersyge • Nyre- eller leversygdom • Urinvejsproblemer, • Luftvejslidelser, • Sygdomme i nervesystemet, • Overvægt, • Modernærker, • Nogen former for kræft, • Dissemineret sklerose, • Muskel- eller knogleproblemer herunder gigt, forstyrrelser i den motoriske funktion gangbesvær, rysten eller stivhed i kroppen, • Psykisk sygdom, • Demens/nedsat hukommelse • Øjen eller ørelidelser ? 	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken lidelse/behandling, hvor og hvornår ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	Vend	

0365:8 HK17080

<p>2.</p> <p>Er du i øjeblikket under behandling, tager du nogen former for medicin eller narkotika, eller skal du indenfor nærmeste fremtid have foretaget undersøgelser på hospital eller hos din læge eller er du under alternativ, lægelig eller kirurgisk behandling ?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken medicin, undersøgelse, behandling ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3.</p> <p>Ryger du, eller har du tidligere røget cigaretter, cigarer, pipe m.v. jævnligt ?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja:</p> <p>Hvor mange/meget om dagen ? _____</p> <p>Hvis du er holdt op; anfør da hvornår ? _____</p>
<p>4.</p> <p>4.1 Drikker du øl, vin eller spiritus ?</p> <p>4.2 Har du tidligere drukket mere ?</p> <p>4.3 Modtager du eller har du tidligere modtaget behandling herfor ?</p> <p>Alle 3 spørgsmål i punkt 4 skal besvares</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, anfør da hvor mange:</p> <p>Gennemsnitlig _____ genstande dagligt</p> <p>Gennemsnitlig _____ genstande dagligt</p> <p>Hvis ja, hvilken behandling og hvornår ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Begæringen skal sendes til</p> <p style="text-align: center;">Alka Forsikring Engelholm Allé 1 Høje Taastrup 2630 Taastrup</p>		

Bekræftelse af oplysninger og samtykke.

Jeg bekræfter, at de oplysninger, jeg har afgivet om mit helbred, er i overensstemmelse med sandheden, og intet er fortiet. Er oplysninger ikke korrekte, er jeg bekendt med at kunne risikere at miste hele eller dele af retten til erstatning. Jeg tillader, at Alka koncernen anvender de afgivne oplysninger om kundeforholdet til rådgivning, service og tilbud.

Samtykkeerklæring - FP 601 tegning og ændring:

Jeg giver hermed samtykke til, at

- Alka må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Alka finder nødvendige for at kunne vurdere min aktuelle sag om tegning/ændring af forsikring
- 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 og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber og pensionskasser.

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 min sag. Samtykket omfatter ikke oplysninger om genetiske test, der alene belyser risikoen for at udvikle sygdom på et senere tidspunkt.

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

Forsikringstagers underskrift

Telefonnummer

Jeg er indforstået med, at min ulykkesforsikring ikke træder i kraft, førend Alka har accepteret forsikringen.

Ved min underskrift bekræfter jeg samtidig, at jeg er medlem af HK og er indforstået med, at min HK Visse kritiske sygdomme ikke træder i kraft, førend Alka har accepteret forsikringen.