

På neste side finner du skademeldingen som må fylles ut fullstendig og korrekt da denne informasjonen har stor betydning for skadebehandlingen.

Det er viktig at samtlige felt som vedrører din skademelding fylles ut korrekt da denne skademeldingen også er en fullmakt for å hente ut f.eks journal eller andre opplysninger som forsikringsselskapet kan behøve for å fatte en beslutning i din skadesak.

OBS! Det må tydelig framgå hva du søker erstatning for. Ved sykdoms-/ulykkesskade må diagnose, alternativt symptomer framgå i skademeldingen.

Glem ikke å signere din skademelding. Kontroller også at alle feltene er utfylt før du sender den til oss for at vi så raskt som mulig skal kunne behandle din skadesak.

**Skademelding Sykehusopphold  
for selvstendig næringsdrivende****Betalingsforsikring for  
betalings- og  
kredittkort****Forsikret**

Etternavn, fornavn	Fødsels- og personnummer
Adresse	Organisasjonsnummer
Postnummer	Telefon dagtid
Postadresse	E-postadresse (fylles ut for raskere korrespondanse i saken)

**Hvis du har vært utsatt for en ulykke**

Når skjedde ulykken (oppgi år, måned og dag)?	Hvor skjedde ulykken?
Første sykemeldingsdag (oppgi år, måned og dag)	Oppgi siste sykemeldingsdag hvis du ikke lenger er sykemeldt;
Hvordan skjedde ulykken?	

**Hvis du er rammet av en sykdom**

Når oppstod sykdommen (oppgi år, måned og dag)?	
Første sykemeldingsdag (oppgi år, måned og dag)	Oppgi siste sykemeldingsdag hvis du ikke lenger er sykemeldt;
Sykdommens symptom/diagnose	

**Behandling**

Når oppsøkte du lege første gang (oppgi år, måned og dag)?	
Legens navn og adresse (ved behandling av flere leger skal alle oppgis). Skriv fastlege først.	
Oppgi sykehus	Sykehusopphold f.o.m. – t.o.m. (oppgi år, måned og dag)

Dokumenter som skal legges ved;

- Legeattest,
- Journalutdrag fra sykehus eller annen helseinstans.

**Personopplysninger**

Forsikringsadministratoren vil behandle den forsikredes personopplysninger som angår den forsikredes helse iht. personopplysningsloven (LOV av 2000-04-14: Lov om behandling av personopplysninger). Formålet med behandlingen er fullføring av de avtalemessige forpliktelsene overfor den forsikrede. Personopplysningene kan bli behandlet av andre selskaper som forsikringsgiveren samarbeider med for å kunne utføre oppdraget forsikringsgiveren har fra den forsikrede.

**Underskrift og fullmakt**

Jeg bekrefter herved at de gitte opplysningene er fullstendige og riktige. Jeg samtykker i at arbeidsgivere, NAV, leger, sykehus og andre helseinstanser og myndigheter kan gi forsikrings-selskapet de opplysningene som forsikrings-selskapet mener de trenger for å behandle mine erstatningskrav

Sted og dato	Signatur
--------------	----------

Skademelding sendes til e-post [betalingsforsikring@willis.com](mailto:betalingsforsikring@willis.com) eller:

Willis AS  
Betalingsforsikring  
Postboks Box 344 Skøyen,  
0213 Oslo

**Vær klar over at korrespondanse i saken primært vil skje via e-post.**