

Det er viktig at samtlige felt som vedrører din skademelding fylles ut korrekt da dette skjemaet 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 på blanketten.

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.

**Betalingsforsikring for
betalings- og
kredittkort****Skademelding Dødsfall****Representant for dødsboet**

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

Forsikret

Etternavn, fornavn
Personnummer
Adresse
Postnummer
Postadresse

Dato for dødsfall (oppgi år, måned og dag)

--

Ulykke

Når skjedde ulykken (oppgi år, måned og dag)?	Hvor skjedde ulykken?
Hvordan skjedde ulykken?	

Sykdom

Når oppstod sykdommen (oppgi år, måned og dag)?
Sykdommens symptom/diagnose

Dokumenter som skal legges ved

- Dødsattest,
- Dokument som viser dødsårsak,
- Politirapport ved trafikkulykke e.l.,
- Journalutdrag fra sykehus eller annen helseinstans.

Personopplysninger**Samtykke vedrørende behandling av sensitive personopplysninger**

Ved å undertegne skademeldingen gir du samtykke til at AmTrust International Underwriters DAC i egenskap av forsikringsgiver og AmTrust Nordic AB i egenskap av forsikringsselskapets generalagent (samlet "AmTrust") samt Willis AB ("Willis") i egenskap av forsikringsadministrator og databehandler kommer til å behandle personopplysninger som angår din helse i henhold til Europaparlaments- og rådsforordning (EU) 2016/679 ("Personvernforordningen").

Formålet med behandlingen er å oppfylle forpliktelsene overfor deg som forsikret i henhold til avtalen, som beskrevet på side 1 ovenfor. Du har rett til når som helst å trekke tilbake samtykket ved å kontakte Willis AB på kontaktopplysningene nedenfor. Dersom du ikke gir samtykke eller trekker tilbake samtykket til behandling av sensitive personopplysninger, kan AmTrust og Willis ikke levere forsikringen eller gi oppgjør for skade du har meldt i henhold til forsikringen. Dersom samtykket trekkes tilbake, kan AmTrust og Willis være tvunget til å fortsette å behandle sensitive personopplysninger i henhold til loven eller når vi trenger opplysningene på grunn av at det reises rettslige krav. All behandling av personopplysninger skjer i henhold til AmTrusts personvernpolicy, som er tilgjengelig på www.amtrustnordic.se.

Underskrift for behandling av personopplysninger

Signatur

Underskrift for fullmakt

Jeg bekrefter herved at de oppgitte opplysningene er fullstendige og korrekte. Jeg gir tillatelse til at arbeidsgiver, NAV, lege, sykehus, andre pleieinstitusjoner og myndigheter kan gi forsikringsselskapet de opplysningene forsikringsselskapet trenger for å vurdere erstatningskravene.

Signatur	
Sted og dato	Navn med blokkbokstaver

Skademelding sendes til e-post betalingsforsikring@willis.com eller:

Willis AS
Betalingsforsikring
P.O. Box 344 Skøyen,
0213 Oslo

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