

Det er viktig at samtlige felt som vedrører din skademelding fylles ut korrekt da denne blanketten også er en fullmakt for å hente ut opplysninger som forsikringsselskapet kan behøve for å fatte en beslutning i dinskadesak. Glem ikke å signere din skademelding.

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

Med vennlig hilsen

Willis Towers Watson Sweden AB

Skademelding Arbeidsuførhet / Alvorlig sykdom**Betalingsforsikring
for betalings- og
kredittkort****Forsikret**

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

Hvis du har vært utsatt for en ulykke

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

Hvis du er rammet av en sykdom

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

Behandling

Når oppsøkte du lege første gang (oppgi dag, måned og år)?	
Legens navn og adresse (ved behandling av flere leger skal alle oppgis)	

Dokumenter som skal legges ved;

- Kopi av NAV utbetalingsanvisning,
- Arbeidskontrakt som bekrefter nåværende ansettelse.
- (Hvis du har) Kopi av sykejournal 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 Towers Watson Sweden AB ("WTW") 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 WTW på kontaktopplysningene nedenfor. Dersom du ikke gir samtykke eller trekker tilbake samtykket til behandling av sensitive personopplysninger, kan AmTrust og WTW ikke levere forsikringen eller gi oppgjør for skade du har meldt i henhold til forsikringen. Dersom samtykket trekkes tilbake, kan AmTrust og WTW 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 Towers Watson
Sweden AB
Betalingsforsikring
Box 7273,
103 89 Stockholm, Sverige

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

Legeerklæring
Må fylles ut av din primaerlegeBetalingsforsikring Skademeldingsskjema
Arbeidsuførhet
Alvorlig sykdom**Forsikret**

Etternavn, Fornavn	Personnummer
Adresse	Dagtelefon
Postnummer	
Postadresse	

Fylles ut av primærlege

Fra hvilken dato har dere fullstendig journal for pasienten?
Hvilke symptomer har pasienten og når oppsto de?
Når undersøktes pasienten for disse symptom første gangen?
Har pasienten blitt behandlet/undersøkt for samme symptom, sykdom eller skade tidligere? Hvis "Ja" angi dato. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Når blev diagnosen først stilt?
Fra hvilken dato ble pasienten 50 % sykemeldt?
Har pasienten hatt samme diagnose tidligere? Hvis "Ja" angi dato når pasienten ble friskmeldt. (Med friskmeldt menes at pasienten er 100 % arbeidsfør og ikke søkt eller fått behandling for denne sykdommen/diagnosen). <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvilken lege/spesialistklinikk har faststilt diagnosen?

Jeg forsikrer at informasjonen er fullstendig og sannferdig:

Legens navn:	Legens stempel og dato:
Legens underskrift:	

Fakturaen informasjon till Legeer

Vi betaler våre fakturaer fra Stockholm derfor må denne informasjonen framgå på fakturaen:

- a) Saksnr:
- b) SWIFT- kode (bankens internasjonale ID)
- c) IBAN-nummer (internasjonale kontonummer)
- d) Fakturabeløp
- e) Betalingsfrist 30 dager

Fakturaen sendes til: betalingsforsikring@willis.com

Hvis du har spørsmål kan du kontakte oss på e-post eller Tlf: **24 12 63 07**. betalingsforsikring@willis.com