

## Låneforsikring

## Skademelding Arbeidsledighet

## Forsikret

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

1. Når ble du ansatt?

Dag	Måned	År
-----	-------	----

2. Jobbet du heltid?

Ja	Antall timer/uke	Nei
----	------------------	-----

3. Når fikk du beskjed om at ansettelsesforholdet skulle opphøre?

Dag	Måned	År
-----	-------	----

4. Hvilken dato opphørte ansettelsesforholdet?

Dag	Måned	År
-----	-------	----

5. Årsak til at ansettelsesforholdet opphørte?

--

6. Hvilken ansettelseform hadde du?

--

7. Er/var du registrert hos NAV som aktivt arbeidssøkende i perioden du er/var arbeidsledig?

Ja	Nei
----	-----

8. Driver du egen virksomhet?

Ja	Nei
----	-----

Dokumenter som skal legges ved;

- Kopi av arbeidsgiverattest eller arbeidskontrakt,
- Vedtak om dagpenger fra NAV,
- Kopi av oppsigelse,
- Utbetalingsanvisning fra NAV.

## 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 AB 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](http://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](mailto:betalingsforsikring@willis.com) eller: Willis Towers Watson  
Sweden AB  
Låneforsikring  
Box 7273,  
103 89 Stockholm, Sverige

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