

**Skademelding Sykehusopphold
for selvstendig næringsdrivende****Låneforsikring****Forsikret**

Etternavn, fornavn	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 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)	
Oppgi sykehus	Sykehusopphold f.o.m. – t.o.m. (oppgi dag, måned og år)

Dokumenter som skal legges ved;

- Sykeattest,
- 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 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
Låneforsikring
Box 7273,
103 89 Stockholm, Sverige

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