

**Skadeanmeldelse****Hospitalsophold for selvstændig erhvervsdrivende**

Økonomisikring

Låneforsikring Plus

Forsikrede	
Fulde navn	CPR-nummer
Adresse	CVR-nummer
Postnummer og by	Telefonnummer
E-mail	

Hvis du har været udsat for en ulykke	
Hvornår skete ulykken? (opgiv dag, måned og år)	Hvor skete ulykken?
Første sygedag (opgiv dag, måned og år)	Sidste sygedag, hvis du er raskmeldt (opgiv dag, måned og år)
Hvordan skete ulykken?	

Hvis du har været ramt af sygdom	
Hvornår opstod sygdommen? (opgiv dag, måned og år)	
Første sygedag (opgiv dag, måned og år)	Sidste sygedag, hvis du er raskmeldt (opgiv dag, måned og år)
Angiv diagnoser/symptomer	

Behandling	
Hvornår opsøgte du læge første gang? (opgiv dag, måned og år)	
Navn og adresse på din egen læge (ved behandling hos flere læger skal alle navne og adresser angives)	
Angiv hospital	Hospitalsophold fra og til (opgiv start og slut dag, måned og år)

**Bilag som skal vedlægges:**

- Lægeerklæring
- Kopi af journaludskrifter fra sygehus.

## Persondata

### Samtykke vedrørende behandling af personfølsomme oplysninger

Ved at underskrive skadeanmeldelsen giver du samtykke til, at AmTrust International Underwriters DAC i egenskab af forsikringsgiver og AmTrust Nordic AB i egenskab af forsikringssselskabets generalagent (samlet "AmTrust") samt WTW, i egenskab af forsikringsadministrator og databehandler, kommer til at behandle personfølsomme oplysninger, som vedrører dit helbred i henhold til Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) 2016/679 ("Persondataforordningen").

Formålet med behandlingen af personfølsomme oplysninger er at opfylde forpligtelserne over for dig som forsikret i henhold til aftalen, som beskrevet på side 1 ovenfor. Du har ret til når som helst at trække dit samtykke tilbage ved at kontakte WTW via kontaktoplysningerne nedenfor. Hvis du ikke afgiver samtykke eller trækker dit samtykke tilbage til behandling af personfølsomme oplysninger, kan AmTrust og WTW ikke levere forsikringen eller erstatte for skader, som du måtte have anmeldt i henhold til forsikringen. Hvis samtykket trækkes tilbage, kan AmTrust og WTW være tvunget til at fortsætte med at behandle personfølsomme oplysninger i henhold til loven, eller når vi behøver oplysninger på grund af, at der rejses retslige krav. Al behandling af personfølsomme oplysninger sker i henhold til AmTrusts persondatapolitik, som er tilgængelig på [www.amtrustnordic.se](http://www.amtrustnordic.se).

### Underskrift – Behandling af personfølsomme oplysninger

---

Navn

---

Underskrift

### Underskrift – Fuldmagt

Jeg bekræfter hermed, at de angivne oplysninger er fuldstændige og korrekte. Jeg giver fuldmagt til, at forsikringssselskabet må kontakte arbejdsgiver, A-kasse, Jobcenter, myndigheder eller andre relevante parter for at indhente yderligere informationer af betydning for bedømmelsen af kravet.

---

Dato

---

Underskrift

---

Navn med blokbogstaver

Skadesanmeldelsen skal sendes via [okonomisikring@willis.com](mailto:okonomisikring@willis.com) eller med post til:

WTW  
Økonomisikring  
Rundforbivej 303  
2850 Nærum

### Bemærk, at kommunikation om anmeldelsen kan ske via e-mail.

WTW Insurance Agency I/S. Telefon: 88 13 92 44. E-mail: [okonomisikring@willis.com](mailto:okonomisikring@willis.com). CVR.nummer: 35 41 91 36

**FP 603 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed – Auto/Ansvar – Arbejdsskade**

**Derfor skal du give samtykke**

Når du rejser krav om erstatning fra WTW, har du efter de almindelige erstatningsregler pligt til at give forsikringsselskabet alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give WTW alle oplysninger. Det er derfor nødvendigt, at du giver WTW mulighed for at indhente alle oplysninger, som kan have betydning for selskabets vurdering af skaden og for fastsættelsen af erstatningens størrelse.

**Udbetaling af erstatningen**

Du har ifølge loven først krav på at få erstatningen udbetalt 1 måned efter, at WTW har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte erstatningens størrelse. Det følger af erstatningsansvarsloven. Du har ifølge loven først krav på at få erstatningen udbetalt 4 uger fra datoen for underretning om beløbets størrelse. Det følger af arbejdsskadesikringsloven.

**Din læge m.fl. kan videregive helbredsoplysninger m.v.**

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringsselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig – dog i henhold til anden lovgivning.

**Du kan altid trække samtykket tilbage**

Dit samtykke gælder i et år, efter at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som WTW ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan det altid trækkes tilbage.

**Du får besked, hver gang WTW indhenter oplysninger**

Hver gang Willis indhenter konkrete oplysninger, får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, selskabet ønsker at hente oplysningerne.

**Samtykke**

Jeg giver hermed mit samtykke til, at WTW må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold – herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder – herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi – samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger kan videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen og andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Arbejdsskadestyrelsen og WTW har bedømt mit eventuelle krav på at få min erstatning udbetalt. Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til WTW.

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

CPR-nummer

\_\_\_\_\_

Underskrift