

Det är viktigt att samtliga fält som rör din anmälan fylls i korrekt då denna blankett även används som fullmakt vid inhämtande av tex journaler eller andra uppgifter som försäkringsbolaget anser sig behöva för att bedöma ditt ersättningsanspråk.

OBS! Det måste tydligt framgå vad du söker ersättning för. Vid sjukdom/olycksfallsskada måste sjukdomens symptom alternativt diagnos framgå tydligt på blanketten.

Glöm inte att underteckna din anmälan innan du skickar in den till oss och kontrollera att alla fälten är ifyllda för att vi så snabbt som möjligt skall kunna handlägga din skada.

Med vänliga hälsningar

Willis AB

**Betalningsskydd för
betal- och kreditkort****Skadeanmälan Arbetsoförmåga/Allvarlig sjukdom****Försäkrad**

Efternamn, Förnamn	Personnummer
Adress	Telefon dagtid
Postnummer	E-post adress (ifylles för snabbare korrespondens i ärendet)
Postadress	

Om du råkat ut för ett olycksfall

När hände olyckan (Ange med år, månad och dag)?	Var hände olyckan?
Första sjukskrivningsdag (Ange med år, månad och dag)	Ange sista sjukskrivningsdag om du ej längre är sjukskriven;
Hur gick olyckan till?	

Om du drabbats av en sjukdom

När uppkom sjukdomen (Ange med år, månad och dag)?	
Första sjukskrivningsdag (Ange med år, månad och dag)	Ange sista sjukskrivningsdag om du ej längre är sjukskriven;
Sjukdomens symptom/Diagnos	

Behandling

När anlätades läkare första gången (Ange med år, månad och dag)?	
Läkarens namn och adress (vid behandling av flera läkare skall alla anges)	
Eventuell förtidspension, livränta fr.o.m.	Anmäld till Försäkringskassan i (stad):

Bilagor som skall bifogas:

- Sjukskrivningsintyg,
- Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier,
- Journalutdrag från sjukhus eller annan vårdinrättning.

Personuppgifter

Samtycke vad avser behandling av dina känsliga personuppgifter

Genom undertecknandet av skadeanmälan samtycker du till att AmTrust International Underwriters DAC i egenskap av försäkringsgivare och AmTrust Nordic AB i egenskap av försäkringsbolagets generalagent (gemensamt "AmTrust") samt Willis AB ("Willis") i egenskap av försäkringsadministratör och personuppgiftsbiträde kommer att behandla personuppgifter som rör din hälsa i enlighet med Europaparlamentets och Rådets förordning (EU) 2016/679 ("Dataskyddsförordningen").

Syftet med behandlingen är fullgörandet av de avtalsenliga åtagandena mot dig som försäkrad vilket framgår på sidan 1 ovan. Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke genom att kontakta Willis AB på nedan kontaktuppgifter. Om du inte lämnar ditt samtycke eller återkallar ditt samtycke till behandling av känsliga personuppgifter kan AmTrust och Willis inte tillhandahålla försäkringen eller reglera skada du anmält under försäkringen. Om ditt samtycke återkallas kan AmTrust och Willis vara tvungna att fortsätta behandla dina känsliga personuppgifter enligt lag eller då vi behöver uppgifterna på grund av försvar av rättsliga anspråk. All personuppgiftsbehandling sker i enlighet med AmTrusts dataskyddspolicy som finns tillgänglig via www.amtrustnordic.se.

Underskrift för behandling av personuppgifter

Namnsteckning

Underskrift för fullmakt

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att arbetsgivare, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa, läkare, sjukhus, annan vårdinrättning och myndighet får lämna försäkringsbolaget de uppgifter som försäkringsbolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk

Namnsteckning

Ort och Datum

Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till e-post betalningsskydd@willis.com eller:

Willis AB
Box 7273
103 89 Stockholm

Observera att korrespondens i ärendet i första hand kommer att ske via e-post.

Willis AB, Telefon: 08- 5463 59 96, E-post: betalningsskydd@willis.com, Org. Nummer 556426-5295