

**Låneskydd för ditt
privatlån****Skadeanmälan Arbetsfrånvaro****Försäkrad**

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

Om din nära anhörig/barn råkat ut för ett olycksfall

När hände olyckan (Ange med år, månad och dag)?	Är vårdbehovet fastställt av behandlande läkare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Första dagen du var minst 20 % arbetsfrånvarande för att vårda den anhörige (Ange med år, månad och dag)	

Om din nära anhörig/barn råkat ut för en sjukdom

När uppkom sjukdomen (Ange med år, månad och dag)?	Sjukdomens symptom/Diagnos
Är vårdbehovet fastställt av Försäkringskassan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är vårdbehovet fastställt av behandlande läkare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Din relation till nära anhörig:	
Första dagen du var minst 20 % arbetsfrånvarande för att vårda den sjuke (Ange med år, månad och dag)	

Din nära anhörig/barns behandlande läkare

När anlätades läkare första gången (Ange med år, månad och dag)?
Läkarens namn och adress (vid behandling av flera läkare skall alla anges)

Bilagor som skall bifogas:

- Arbetsgivarintyg som styrker arbetsfrånvaron,
- Lönespecifikationer som styrker minst 20 % arbetsfrånvaro samt antal arbetsfrånvarande dagar,
- Journalutdrag från den sjukes/skadades sjukhus eller annan vårdinrättning
- Av Försäkringskassan styrkt vårdbehov eller,
- Läkarintyg/läkarutlåtande från den sjuke/skadade där vårdbehov framgår.

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 WTW Towers Watson Sweden AB ("WTW") 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 avtalsenliga åtaganden mot dig som är försäkrad (vilket framgår på sidan 1 ovan) och innefattar inhämtandet av nära anhörigs hälsouppgifter. Du som härmed lämnar ditt samtycke har rätt att när som helst återkalla detta samtycke genom att kontakta WTW på nedan kontaktuppgifter. Om du inte lämnar ditt samtycke eller återkallar ditt samtycke till behandling av känsliga personuppgifter kan AmTrust och WTW inte tillhandahålla försäkringen eller reglera skada du anmält under försäkringen. Om ditt samtycke återkallas kan AmTrust och WTW 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

Namnteckning (försäkringstagare)	Namnteckning (Nära anhörig/Vårdnadshavare för omyndigt barn/God man utsedd av domstol)
----------------------------------	--

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

Namnteckning (försäkringstagare)	
Ort och Datum	Namnförtydligande

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

WTW Towers Watson Sweden AB

Box 7273

103 89 Stockholm

Du kan även anmäla din skada via vår skadeportal <https://www.entercard.se/anmalskada/>

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

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