

**Betalningsskydd för  
betal- och kreditkort****Skadeanmälan Arbetslöshet**

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

1. När började du anställningen?      År: \_\_\_\_\_    Månad: \_\_\_\_\_    Dag: \_\_\_\_\_
2. Arbetade du heltid?       Nej       Ja, \_\_\_\_\_ antal timmar/vecka
3. När fick du besked om att din anställning skulle upphöra?      År: \_\_\_\_\_    Månad: \_\_\_\_\_    Dag: \_\_\_\_\_
4. Vilket datum upphörde din anställning?      År: \_\_\_\_\_    Månad: \_\_\_\_\_    Dag: \_\_\_\_\_
5. Orsak till att anställningen upphörde? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Vilken typ av anställning hade du? \_\_\_\_\_
7. Är/var du inskriven hos arbetsförmedlingen som aktivt sökande under tiden som du är/ var arbetslös?       Nej       Ja
8. Är du egen företagare?       Nej       Ja

- 
- Bilagor som skall bifogas:
- Kopia på Arbetsgivarintyg som styrker anställning och anställningsperiod,
  - Intyg från arbetsförmedlingen om inskrivning som aktivt arbetssökande,
  - Utbetalningsavier från a-kassan/försäkringskassan.

**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 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 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 WTW 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 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](http://www.amtrustnordic.se).

**Underskrift för behandling av personuppgifter**

Namnteckning
--------------

**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	
Ort och Datum	Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till e-post [betalningsskydd@willis.com](mailto:betalningsskydd@willis.com) eller:

Willis 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.**

Willis Towers Watson Sweden AB, Telefon: 08- 5463 59 96, E-post: [betalningsskydd@willis.com](mailto:betalningsskydd@willis.com)\_Org. Nummer 556426-5295