

**Låneskydd för ditt
privatlån****Skadeanmälan Dödsfall****Kontaktuppgifter till företrädare för dödsboet**

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

Försäkringstagarens uppgifter

Efternamn, Förnamn	Personnummer
Adress	Postnummer
Postadress	

Dödsfallsdatum

(Ange med år, månad och dag)

Olycksfall

När hände olyckan (Ange med år, månad och dag)?	Var hände olyckan?
Hur gick olyckan till?	

Sjukdom

När uppkom sjukdomen (Ange med år, månad och dag)?
Sjukdomens symptom/Diagnos

Bilagor som skall bifogas;

- Dödsfallsintyg,
- Dokument som visar dödsorsak,
- Polisrapport vid händelse av trafikolycka eller liknande,
- 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 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 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 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

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 eller:
WTW Towers Watson Sweden AB
Box 7273
103 89 Stockholm

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