

Skadeanmälan

Det är viktigt att samtliga fält som rör din anmälan fylls i korrekt då denna blankett även används som fullmakt om vi behöver inhämta t.ex. journaler eller andra uppgifter som försäkringsbolaget behöver för att kunna bedöma ditt ersättningsanspråk.

OBS - Viktig information när du fyller i anmälan!

Det behöver tydligt framgå vad du söker ersättning för. Vid sjukdoms-/olycksfallsskada måste sjukdomens symptom alternativt diagnos vara korrekt angiven.

Kom ihåg att underteckna din anmälan och kontrollera att alla fälten är ifyllda innan du skickar in den. Det gör att vi snabbare kan påbörja handläggningen av ditt ärende.

Det går bra att fotografera eller ta en skärmbild av de dokument som vi ber dig att skicka till oss, men var uppmärksam på att innehållet måste vara tydligt och läsbart. Du skickar detta enklast till oss per e-post via: betalningsskydd@willis.com

Vi kommer framöver att i första hand ha kontakt med dig via e-post. Om du har frågor är du välkommen att höra av dig, på vår ovan angivna e-postadress.

Med vänliga hälsningar,

Willis Towers Watson Sweden AB (WTW)

Skadeanmälan

- **Tillfällig arbetsoförmåga** (Sjukskriven)
- **Allvarlig sjukdom** (gäller endast för Betalningsskydd)

Försäkrad

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

Om du råkat ut för olycksfall

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

Om du drabbats av sjukdom

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

Behandling

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

- Dokument/kopior som ska bifogas:**
- **Samtliga sjukskrivningsintyg,**
 - **Samtliga utbetalningsavier från Försäkringskassan,**
 - **Arbetsgivarintyg som visar din anställning,**
 - **Läkarattest ifylld av din läkare – (längst bak i det här dokumentet),**
 - **Journalutdrag från sjukhus eller annan vårdinrättning – om de finns.**

Låne- och betalningsskydd

Personuppgifter

Samtycke vad avser behandling av dina känsliga personuppgifter

De personuppgifter som lämnas till försäkringsgivaren AmTrust International Underwriters DAC ("AmTrust") behandlas i enlighet med gällande dataskyddslagstiftning och bolagets riktlinjer. AmTrust är personuppgiftsansvarig för sin behandling av dina personuppgifter och information om hur personuppgifter behandlas inom AmTrust finns på www.amtrustnordic.se. Willis Towers Watson Sweden AB ("WTW") utför skadereglering på uppdrag av AmTrust. Som skadereglerare behandlar WTW dina personuppgifter i egenskap av personuppgiftsbiträde åt AmTrust.

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 eller myndighet får lämna försäkringsbolaget de uppgifter som försäkringsbolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Namnteckning	
Namnförtydligande	Ort och Datum

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

Willis Towers Watson Sweden AB
ATT- Betalningsskydd
Box 7273
103 89 Stockholm

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

Läkarattest (ifylls av läkare)

Försäkrad

Förnamn och efternamn	Personnummer
Adress	Telefon dagtid
Postnummer	Postadress

Ifylls av läkare

Från vilket datum har ni fullständig journal för patienten?
Vilka symptom har patienten och när upptäcktes de?
När undersöktes patienten för dessa symptom för första gången?
Har patienten blivit behandlad/undersökt för samma symptom, sjukdom eller skada tidigare? Om "Ja" ange datum. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Datum:
Vilken diagnos enligt ICD-systemet är fastställd?
När blev diagnosen fastställd?
Från vilket datum blev patienten sjukskriven? Ange även sjukskrivningsgrad. Från och med (år, månad, dag) Till och med (år, månad, dag) <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 %
Har patienten haft samma diagnos tidigare? Om "Ja" ange datum när patienten blev friskförklarad. (Med friskförklarad menas att patienten är 100% arbetsförmögen och inte sökt eller fått vård för denna åkomma/diagnos). <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Datum:
Vilken läkare/specialistklinik har fastställt diagnosen?

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Läkarens underskrift:	Namnstämpel/klinik och datum
Namnförtydligande:	