

Anmeldesskema – Økonomisikring re:member MasterCard

Det er vigtigt, at du udfylder alle felter i din skadeanmeldelse korrekt – herunder samtykkeerklæringen, som giver os fuldmagt til at indhente eksempelvis sygdomshistorik via din egen læge eller nødvendige oplysninger om din ansættelse hos din arbejdsgiver. Disse oplysninger er nødvendige for, at forsikringsselskabet kan træffe en afgørelse i din sag.

Det er vigtigt, at det tydeligt fremgår, hvad du søger erstatning for. Ved uarbejdsdygtighed skal diagnosen eller symptomer fremgå af skadeanmeldelsen

Husk at underskive skadeanmeldelsen, og kontrollér, at alle felter er udfyldt, inden du sender den til os, for at vi kan behandle din sag uden unødigt forsinkelse.

Med venlig hilsen

Willis Towers Watson

Skadeanmeldelse

Økonomisikring

Dødsfald

re:member MasterCard

Repræsentant for dødsboet	Forsikrede
Fulde navn	Fulde navn
Adresse	CPR-nummer
Postnummer og by	Adresse
Telefonnummer	Postnummer og by
E-mail	

Dato for dødsfald (opgiv dag måned og år)

Dødsfald ved ulykke	
Hvornår skete ulykken? (opgiv dag, måned og år)	Hvor skete ulykken?
Hvordan skete ulykken?	

Dødsfald ved sygdom
Hvornår opstod sygdommen? (opgiv dag, måned og år)
Dødsårsag/diagnose

Lægeoplysninger
Navn og adresse på praktiserende læge

Bilag som skal vedlægges:

- Kopi af dødsattest
- Kopi af dokumentation, der viser dødsårsag hvis muligt
- Kopi af politirapport ved dødsfald i tilfælde af ulykke
- Kopi af journaludskrifter fra sygehus eller læge hvis muligt.

Persondata

Samtykke vedrørende behandling af personfølsomme oplysninger

Ved at underskrive skadeanmeldelsen giver du samtykke til, at AmTrust International Underwriters DAC i egenskab af forsikringsgiver og AmTrust Nordic AB i egenskab af forsikringsselskabets generalagent (samlet "AmTrust") samt Willis Towers Watson AB eller Willis Insurance Agency I/S (Herefter Willis) i egenskab af forsikringsadministrator og databehandler, kommer til at behandle personfølsomme oplysninger, som vedrører dit helbred i henhold til Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) 2016/679 ("Persondataforordningen").

Formålet med behandlingen af personfølsomme oplysninger er at opfylde forpligtelserne over for dig som forsikret i henhold til aftalen, som beskrevet på side 1 ovenfor. Du har ret til når som helst at trække dit samtykke tilbage ved at kontakte Willis via kontaktoplysningerne nedenfor. Hvis du ikke afgiver samtykke eller trækker dit samtykke tilbage til behandling af personfølsomme oplysninger, kan AmTrust og Willis ikke levere forsikringen eller erstatte for skader, som du måtte have anmeldt i henhold til forsikringen. Hvis samtykket trækkes tilbage, kan AmTrust og Willis være tvunget til at fortsætte med at behandle personfølsomme oplysninger i henhold til loven, eller når vi behøver oplysninger på grund af, at der rejses retslige krav. Al behandling af personfølsomme oplysninger sker i henhold til AmTrusts persondatapolitik, som er tilgængelig på www.amtrustnordic.se.

Underskrift – Behandling af personfølsomme oplysninger

Navn

Underskrift

Skadesanmeldelsen skal sendes via E-boks (Vejledning vedlagt) eller med post til:

Willis Towers Watson
Økonomisikring
Rundforbivej 303
2850 Nærum

Bemærk, at kommunikation om anmeldelsen kan ske via e-mail.

Willis Insurance Agency I/S. Telefon: 88 13 92 44. E-mail: okonomisikring@willis.com. CVR.nummer: 35 41 91 36

FP 611 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed – Afdød

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om erstatning fra Willis Towers Watson (Herefter Willis), har du efter de almindelige erstatningsregler pligt til at give forsikringsselskabet alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Willis Towers Watson alle oplysninger. Det er derfor nødvendigt, at du giver Willis mulighed for at indhente alle oplysninger, som kan have betydning for selskabets vurdering af skaden og for fastsættelsen af erstatningens størrelse.

Udbetaling af erstatningen

Du har ifølge loven først krav på at få erstatningen udbetalt 1 måned efter, at Willis har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte erstatningens størrelse. Det følger af erstatningsansvarsloven. Du har ifølge loven først krav på at få erstatningen udbetalt 4 uger fra datoen for underretning om beløbets størrelse. Det følger af arbejdsskadesikringsloven.

Din læge m.fl. kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringsselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig – dog i henhold til anden lovgivning.

Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år, efter at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som [navn på selskab] ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan det altid trækkes tilbage.

Du får besked, hver gang Willis indhenter oplysninger

Hver gang Willis indhenter konkrete oplysninger, får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, selskabet ønsker at hente oplysningerne.

Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Willis må indhente alle relevante oplysninger om **NAVN, Cpr.** . Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold – herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder – herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi – samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger kan videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen og andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Arbejdsskadestyrelsen og Willis Towers Watson I/S har bedømt mit eventuelle krav på at få min erstatning udbetalt. Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Willis Towers Watson I/S.

Dato

CPR-nummer

Underskrift