

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 Sweden AB

Skadeanmeldelse

Uarbejdsdygtighed/kritisk sygdom

Økonomisikring

re:member MasterCard

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

Hvis du har været udsat for en ulykke	
Hvornår skete ulykken? (opgiv dag, måned og år)	Hvor skete ulykken?
Første sygedag (opgiv dag, måned og år)	Sidste sygedag, hvis du er raskmeldt (opgiv dag, måned og år)
Hvordan skete ulykken?	

Hvis du har været ramt af sygdom	
Hvornår opstod sygdommen? (opgiv dag, måned og år)	
Første sygedag (opgiv dag, måned og år)	Sidste sygedag, hvis du er raskmeldt (opgiv dag, måned og år)
Angiv diagnoser/symptomer	

Behandling
Hvornår opsøgte du læge første gang? (opgiv dag, måned og år)
Navn og adresse på din egen læge (ved behandling hos flere læger skal alle navne og adresser angives)

Bilag som skal vedlægges:

- Dokumentation for sygemelding
- Kopi af udbetalingsmeddelelse fra kommune eller sygedagpengespecifikationer
- Kopi af journaludskrifter fra sygehus eller egen 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 Sweden AB (Herefter WTW) 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 WTW via kontaktoplysningerne nedenfor. Hvis du ikke afgiver samtykke eller trækker dit samtykke tilbage til behandling af personfølsomme oplysninger, kan AmTrust og WTW ikke levere forsikringen eller erstatte for skader, som du måtte have anmeldt i henhold til forsikringen. Hvis samtykket trækkes tilbage, kan AmTrust og WTW 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 med post til:

Willis Towers Watson Sweden AB
Økonomisikring
Box 7273
103 89 Stockholm, Sverige

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

E-mail: okonomisikring@willis.com.

FP 603 – Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger – Forsikringsbegivenhed – Auto/Ansvar – Arbejdsskade

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om erstatning fra Willis Towers Watson Sweden AB (Herefter WTW), 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 Sweden AB alle oplysninger. Det er derfor nødvendigt, at du giver WTW 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 WTW 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

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 får besked, hver gang WTW indhenter oplysninger

Hver gang WTW 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 WTW må indhente alle relevante oplysninger. 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 WTW 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 WTW.

Dato

CPR-nummer

Underskrift