

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**Arbejdsløshed****Økonomisikring****re:member MasterCard**

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

Yderligere oplysninger			
Hvornår blev du ansat? (angiv dag, måned og år)			
Var du ansat på fuld tid? (sæt kryds)	Ja	Nej	Antal timer om ugen
Hvornår modtog du din opsigelse? (angiv dag, måned og år)			
Hvilken dato ophørte din ansættelse? (angiv dag, måned og år)			
Hvad var årsagen til, at din ansættelse ophørte?			
Hvad var din stillingsbetegnelse?			
Er/var du registeret hos Jobcenteret som aktiv jobsøgende, mens du er/var arbejdsløs? (sæt kryds)	Ja	Nej	
Er du selvstændigt erhvervsdrivende? (sæt kryds)	Ja	Nej	

Bilag som skal vedlægges:

- Kopi af ansættelseskontrakt eller anden dokumentation, der bekræfter 6 måneders sammenhængende ansættelse
- Kopi af din opsigelse
- Dokumentation for tilmelding til Jobcenteret
- Udbetalingsmeddelse fra kommune eller A-kasse.

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

Underskrift – Fuldmagt

Jeg bekræfter hermed, at de angivne oplysninger er fuldstændige og korrekte. Jeg giver fuldmagt til, at forsikringsselskabet må kontakte arbejdsgiver, A-kasse, Jobcenter, myndigheder eller andre relevante parter for at indhente yderligere informationer af betydning for bedømmelsen af kravet.

Dato

Underskrift

Navn med blokbogstaver

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.