

**SKADEANMÄLAN - Betalskydd vid Arbetsoförmåga
Trippelgaranti**

Skadelidande

För- och efternamn:	
<input type="text"/>	
Personnummer:	
<input type="text"/>	
Adress:	
<input type="text"/>	
Postnr:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel nr:	E-mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer inkl clearingnummer	
<input type="text"/>	

Kund hos SverigesEnergi (om annan än skadelidande)

För- och efternamn:	
<input type="text"/>	
Personnummer:	
<input type="text"/>	
Adress:	
<input type="text"/>	
Postnr:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uppgifter om sjukskrivningen

När inträffade olyckan/sjukdomen?
Datum (yyyy-mm-dd): <input type="text"/>

Uppgifter om skadan

Vad är orsaken till din arbetsoförmåga?
<input type="text"/>
Är du fortfarande sjukskriven?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej Friskänmäld fr.o.m. <input type="text"/>
Dokumentation/Underlag som skall bifogas:
<ul style="list-style-type: none">• Kopia av läkarintyg där diagnos framgår samt datum då sjukskrivningen började• Sveriges Energis faktura avseende kostnad för elhandel och elnät• Signerad samtyckeshandling (se sida 2 av denna skadeanmälningsblankett)

<ul style="list-style-type: none">• Jag bekräftar att de uppgifter jag lämnat i denna anmälan är korrekta och att jag inte undanhåller någon information som är av betydelse för bedömningen av ärendet/fallet.• Jag samtycker till att AmTrust Nordic AB inhämtar och behandlar de uppgifter som behövs för att kunna bedöma mina anspråk till försäkringsersättning. Mitt samtycke gäller bara under regleringen av försäkringsfallet och det kommer endast att användas för att utreda förutsättningarna för att en skada föreligger enligt villkoren och att den är ersättningsgill.	
Datum & ort <input type="text"/>	Underskrift <input type="text"/>



AmTrust Nordic
An AmTrust Financial Company

Samtycke till behandling av känsliga personuppgifter vid skadereglering

För att kunna administrera den försäkring som du tecknat samt, vid skada, utföra skadereglering, behöver AmTrust International Underwriters DAC i egenskap av försäkringsgivare och AmTrust Nordic AB i egenskap av försäkringsbolagets generalagent (gemensamt "**AmTrust**") behandla känsliga personuppgifter om dig, nämligen information hälsa. För denna behandling behöver vi ditt samtycke. Om du inte lämnar ditt samtycke till behandling av känsliga personuppgifter kan AmTrust inte tillhandahålla försäkringen eller reglera skada du anmält under försäkringen.

Du har rätt att närsomhelst återkalla lämnat samtycke i efterhand. När du återkallar ditt samtycke kommer AmTrust sluta behandla känsliga personuppgifter om dig men det kan komma att innebära att vi inte längre kan tillhandahålla din försäkring eller att vi inte kan reglera din skada. Vi kan vara tvungna att fortsätta behandla känsliga personuppgifter enligt lag eller då vi behöver uppgifterna på grund av försvar av rättsliga anspråk.

Du återkallar ditt samtycke genom att kontakta AmTrust på följande adress; AmTrust Nordic AB, Hamngatan 11, 111 47 Stockholm.

All personuppgiftsbehandling sker i enlighet med vår dataskyddspolicy som finns tillgänglig på vår hemsida www.amtrustnordic.se.

Jag som söker försäkringsersättning (skadelidande) samtycker härmed till att AmTrust behandlar känsliga personuppgifter om mig.

Ort:

Datum:

Underskrift

Namnförtydligande