

På nästa blad finner du din skadeanmälan men innan dess vill vi upplysa dig om vikten av att fylla i skadeanmälan fullständigt och korrekt då detta påverkar vår skadehantering.

Det är viktigt att samtliga fält som rör din anmälan fylls i korrekt då denna blankett även används som fullmakt vid inhämtande av tex journaler eller andra uppgifter som försäkringsbolaget anser sig behöva för att bedöma ditt ersättningsanspråk.

OBS! Det måste tydligt framgå vad du söker ersättning för. Vid sjukdom/olycksfallsskada måste sjukdomens symptom alternativt diagnos framgå tydligt på blanketten.

Glöm inte att underteckna din anmälan innan du skickar in den till oss och kontrollera att alla fälten är ifyllda för att vi så snabbt som möjligt skall kunna handlägga din skada.

Med vänliga hälsningar

Willis AB

**Betalningsskydd för
betal- och kreditkort****Skadeanmälan Arbetslöshet**

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

- När började du anställningen? År: _____ Månad: _____ Dag: _____
- Arbetade du heltid? Nej Ja, _____ antal timmar/vecka
- När fick du besked om att din anställning skulle upphöra? År: _____ Månad: _____ Dag: _____
- Vilket datum upphörde din anställning? År: _____ Månad: _____ Dag: _____
- Orsak till att anställningen upphörde? _____

- Vilken typ av anställning hade du? _____
- Är/var du inskriven hos arbetsförmedlingen som aktivt sökande under tiden som du är/ var arbetslös? Nej Ja
- Är du egen företagare? Nej Ja

- Bilagor som skall bifogas:
- Kopia på Arbetsgivarintyg som styrker anställning och anställningsperiod,
 - Intyg från arbetsförmedlingen om inskrivning som aktivt arbetssökande,
 - Utbetalningsavier från a-kassan/försäkringskassan.

Personuppgifter

Försäkringsadministratören kommer att behandla den försäkrades personuppgifter som rör den försäkrades hälsa i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204 (PuL)). Syftet med behandlingen är fullgörandet av de avtalsenliga åtagandena mot den försäkrade. Personuppgifterna kan komma behandlas av andra bolag som försäkringsgivaren samarbetar med för utförandet av det uppdrag försäkringsgivaren har från den försäkrade.

Underskrift och fullmakt

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att arbetsgivare, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa, läkare, sjukhus, annan vårdinrättning och myndighet får lämna försäkringsbolaget de uppgifter som försäkringsbolaget anser sig behöva för att bedöma förmånstagarens ersättningsanspråk

Ort och Datum	Namnteckning
---------------	--------------

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

Willis AB
Box 7273
103 89 Stockholm

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

Willis AB, Telefon: 08- 5463 59 96, E-post: betalningsskydd@willis.com, Org. Nummer 556426-5295