



Skade-/refusjonsskjema – Betalingsforsikring (kritisk sykdom)

INFORMASJON OM FORSIKREDE

ID-/Kundenummer:	
Navn:	Født dato:
Adresse:	Postnr/sted:
Telefon (dagtid):	E-post:

KRITISK SYKDOM

Diagnose:			
<input type="checkbox"/> Kreft	<input type="checkbox"/> Hjerneslag	<input type="checkbox"/> Første hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/> Hjertesykdom
<input type="checkbox"/> Nyresvikt	<input type="checkbox"/> Organtransplantasjon	<input type="checkbox"/> Ingen av de øvrige	
Dato du fikk diagnosen første gang:	Når tok du kontakt med lege første gang i forbindelse med disse symptomene?		
Har du tidligere fått erstatning via betalingsforsikringen?			
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI		

TILLEGGSOPPLYSNINGER

--

Personopplysninger

Crawford & Company (Norway) AS er databehandler og behandler personopplysninger om deg på vegne av behandlingsansvarlige i forbindelse med melding om skade. Behandlingsansvarlig er AmTrust International Underwriters DAC, 6-8 College Green, Dublin 22, Ireland.

Formålet med behandlingen er å ivareta forsikringsavtalen og foreta korrekte oppgjør. Du har innsynsrett i dine personopplysninger og har rett til å få uriktige opplysninger korrigert. Personopplysningene er taushetsbelagt og vil bli slettet etter reglene om foreldelse. Registrering av fødselsnummer er nødvendig for sikker identifikasjon, sjekk mot offentlige registre og for å ivareta korrekt rapportering til offentlige myndigheter. Personvernombud i Crawford & Company (Norway) AS kan kontaktes på compliance@crowco.no.

Underskrift og fullmakt

Jeg gir herved Crawford & Company fullmakt til å innhente og behandle de opplysninger som er nødvendige for forsikringselskapets utredning av forsikringstilfellet, beregning av ansvar og utbetaling av erstatning. Jeg er inneforstått med at jeg ved å gi uriktige opplysninger kan miste retten til ethvert erstatningskrav mot forsikringselskapet (jfr. Lov om Forsikringsavtaler §§ 8-1 og 18-1).

Sted/dato	Underskrift forsikrede
-----------	------------------------

NØDVENDIG DOKUMENTASJON

Vedlegg til skademeldingen: – Legeerklæring som bekrefter diagnose, dato for stilt diagnose samt at det er første gang diagnosen er stilt
<u>Send skademeldingsskjema til:</u> Nordea Direct Bank ASA v/ Crawford & Company Postboks 133, 1300 Sandvika Telefon: 67 55 25 00 Denne skademeldingen kan også gjøres elektronisk via https://www.skademeldingsskjema.no/nordea