

**INFORMASJON OM FORSIKREDE**

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

**SYKDOM ELLER ULYKKE**

Årsak til sykmelding	
Hvilken dato ble du sykmeldt?	Når kontaktet du lege første gang i forbindelse med det du nå er sykmeldt for?
Har du vært sykmeldt for samme diagnose tidligere? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	Hvis JA, fra hvilken dato og til når var dette?
Er du fremdeles sykmeldt? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	
Har du tidligere fått erstatning via betalingsforsikringen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	

**ANSETTELSESFORHOLD**

Arbeidsgivers navn:	Dato for tiltredelse:
---------------------	-----------------------

**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.

Føremålet med behandlingen er å ivareta forsikringsavtalen og foreta korrekte oppgjør. Du har innsynsrett i dine personopplysninger og har rett til å få uriktige opplysninger korrigeret. 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@crawlco.no](mailto:compliance@crawlco.no).

**Underskrift og fullmakt**

Jeg gir herved Crawford & Company fullmakt til å innhente og behandle de opplysninger som er nødvendige for forsikringsselskapets 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 forsikringsselskapet (jfr. Lov om Forsikringsavtaler §§ 8-1 og 18-1).

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

**NØDVENDIG DOKUMENTASJON**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykmelding del B for hele sykdomsperioden, eller</li> <li>- Legeerklæring som bekrefter sykdomsperiode, diagnose og sykmeldingsgrad</li> </ul>
---

Send skademeldingsskjema til:

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>