

Skademelding Sykehusopphold for selvstendig næringsdrivende

Forsikret

Etternavn, fornavn	Personnummer
Adresse	Organisasjonsnummer
Postnummer	Telefon dagtid
Postadresse	E-postadresse (fylles ut for raskere korrespondanse i saken)

Hvis du har vært utsatt for en ulykke

Når skjedde ulykken (oppgi år, måned og dag)?	Hvor skjedde ulykken?
Første sykemeldingsdag (oppgi år, måned og dag)	Oppgi siste sykemeldingsdag hvis du ikke lenger er sykemeldt;
Hvordan skjedde ulykken?	

Hvis du er rammet av en sykdom

Når oppstod sykdommen (oppgi år, måned og dag)?	
Første sykemeldingsdag (oppgi år, måned og dag)	Oppgi siste sykemeldingsdag hvis du ikke lenger er sykemeldt;
Sykdommens symptom/diagnose	

Behandling

Når oppsøkte du lege første gang (oppgi år, måned og dag)?	
Legens navn og adresse (ved behandling av flere leger skal alle oppgis)	
Oppgi sykehus	Sykehusopphold f.o.m. – t.o.m. (oppgi år, måned og dag)

Dokumenter som skal legges ved;

- Sykeattest,
- Journalutdrag fra sykehus eller annen helseinstans.

Personopplysninger

Forsikringsadministratoren vil behandle den forsikredes personopplysninger som angår den forsikredes helse iht. personopplysningsloven (nnn:nnn). Formålet med behandlingen er fullføring av de avtalemessige forpliktelsene overfor den forsikrede. Personopplysningene kan bli behandlet av andre selskaper som forsikringsgiveren samarbeider med for å kunne utføre oppdraget forsikringsgiveren har fra den forsikrede.

Underskrift og fullmakt

Jeg bekrefter herved at de gitte opplysningene er fullstendige og riktige. Jeg samtykker i at arbeidsgivere, NAV, leger, sykehus og andre helseinstanser og myndigheter kan gi forsikringsselskapet de opplysningene som forsikringsselskapet mener de trenger for å behandle mine erstatningskrav

Sted og dato	Signatur
--------------	----------

Skademelding sendes til e-post betalingsforsikring@willis.com eller:

Willis AS
Betalingsforsikring
P.O. Box 344 Skøyen,
0213 Oslo

Vær klar over at korrespondanse i saken primært vil skje via e-post.