

## Søknad om Betalingsfritak ved Sykehusinnleggelse

### Viktige sjekkpunkter før du søker om Betalingsfritak:

- Har du vært innlagt på sykehus/institusjon i minst 30 dager sammenhengende?
- Har du hatt gyldig forsikring i tidsrommet du søker Betalingsfritak for?

**Husk:** Du MÅ fortsatt betale fakturaene du mottar fra Fortum Markets AS.

### For å kunne behandle din søknad må du sende oss følgende dokumentasjon:

- Kopi av henvisning fra lege til behandling i sykehus / institusjon hvor diagnose fremgår
- Dine fakturaer fra Fortum Markets AS for perioden det gjelder

Informasjon om den som er innlagt på sykehus	
Fornavn:	Etternavn:
Adresse:	Fødsels- og personnummer (11 siffer):
Postnummer:	Sted:
E-post:	Mobiltelefon:

Informasjon om den som er kunde hos Fortum Markets AS (når dette er en annen person enn den som er innlagt på sykehus)	
Fornavn:	Etternavn:
Adresse:	Fødsels- og personnummer (11 siffer):
Postnummer:	Sted:
E-post:	Mobiltelefon:

Utfyllende informasjon
Startdato for sykehusinnleggelse:
Årsak til sykehusinnleggelse:

Kontonummer for eventuell utbetaling av erstatning:
Kontonummer:

**Skademelding med vedlegg sendes:****Skadeservice**

v/ Insurance Management Administration &amp; Advisors (IMAA)

E-post: [skadeservice@imaa.no](mailto:skadeservice@imaa.no)

Postboks 165, 3571 Ål

Telefon 400 34 440

Skadeservice (IMAA) utfører skadeoppgjør etter instruks fra, og på vegne av forsikringsselskapet AmTrust International Underwriters DAC.

**Personopplysninger**

Behandling av personopplysninger er regulert av Lov om behandling av personopplysninger med tilhørende forskrift. I løpet av 2018 innføres nye og enda strengere regler for behandling av personopplysninger (GDPR). Du kan finne mer informasjon på Datatilsynets hjemmesider.

De personopplysninger som vi innhenter er nødvendige for at vi skal kunne behandle din skadesak, oppfylle selskapets avtaleforpliktelser og forøvrig kundens ønske om skadebehandling. Opplysningene vil kunne bli benyttet for å vurdere og fatte beslutninger om forsikrings innhold og vilkårsutforming

**Erklæring og fullmakt**

Jeg erklærer at opplysningene ovenfor er gitt så nøyaktig som mulig. Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at jeg mister ethvert erstatningskrav mot selskapet etter denne forsikringsavtale (jf. Forsikringsavtaleloven §§ 8-1 og 18-1).

**Jeg gir med dette Skadeservice v/ Insurance Management Administration & Advisors AS (IMAA) som databehandler og AmTrust International Underwriters DAC som behandlingsansvarlig og deres generalagent AmTrust Nordic AB fullmakt til å behandle mine avgitte personopplysninger, og videre å innhente de opplysninger som selskapet anser som nødvendige og relevante for behandling av min skadesak. Fullmakten omfatter rett til å innhente alle opplysninger/dokumenter fra NAV, arbeidsgiver, lege, strømselskapet og andre. De som blir bedt om å avgi opplysninger/dokumenter fritas for taushetsplikt.**

Godkjenning av elektronisk kommunikasjon.

Jeg samtykker i å motta informasjon om min skadesak på epost og/eller sms.

**Signatur**

Sted

Dato:

Underskrift: