

Skadeanmälan Arbetslöshet

Försäkrad

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

1. När började du anställningen? År: _____ Månad: _____ Dag: _____

2. Arbetade du heltid? • Nej • Ja, _____ antal timmar/vecka

3. När fick du besked om att din anställning skulle upphöra? År: _____ Månad: _____ Dag: _____

4. Vilket datum upphörde din anställning? År: _____ Månad: _____ Dag: _____

5. Orsak till att anställningen upphörde? _____

6. Vilken typ av anställning hade du? _____

7. Är/var du inskriven hos arbetsförmedlingen som aktivt sökande under tiden som du är/ var arbetslös? • Nej • Ja

8. Är du egen företagare? • Nej • Ja

- Bilagor som skall bifogas:
- Kopia på Arbetsgivarintyg som styrker 12 månaders sammanhängande anställning/anställningar i direkt anslutning till arbetslösheten.
 - Intyg från arbetsförmedlingen om inskrivning som aktivt arbetssökande.
 - Utbetalningsavier från a-kassan

Personuppgifter

Försäkringsadministratören kommer att behandla den försäkrades personuppgifter 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 eller myndighet får lämna försäkringsbolaget de uppgifter som försäkringsbolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Plats och datum	Underskrift
-----------------	-------------

Skadeanmälan skickas till epost 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.