

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?

Ja	Antal tim/ vecka	Nej
----	------------------	-----

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?

Ja	Nej
----	-----

8. Är du egen företagare?

Ja	Nej
----	-----

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.

Underskrift

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att arbetsgivare, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt och myndighet får lämna försäkringsbolaget de uppgifter som försäkringsbolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Skadeanmälan skickas till:

Marsh AB
Att: EnterCard
Södergatan 3
211 34 Malmö

Observera att korrespondens i ärendet i första hand kommer att ske via e-post.