

Skadeanmälan – Ofrivillig Arbetslöshet

1. Grunduppgifter för försäkrad

För- & Efternamn	Försäkringsnummer
Adress(ange gatuadress, post.nr & postort)	Personnummer
E-post	Tel.nr dagtid (där du lättast nås)

2. Bankuppgifter

Bank	Clearingnummer	Kontonummer
------	----------------	-------------

3. Uppgifter om din anställning (ange år, månad och dag)

Vilket datum påbörjades din senaste anställning?	Hur många timmar per vecka omfattade din senaste anställning?	Vilket datum fick du besked om att din anställning skulle upphöra?
Vilket datum upphörde din anställning?	Vilken anställningsform hade du?	Vad var anledningen till att din anställning upphörde?

4. Är/Var du inskriven på arbetsförmedlingen som aktivt arbetssökande under tiden som

Du är/var arbetslös? Ja Nej

5. Är du fortfarande 100% arbetslös? Ja Nej Om Nej, ange vilket datum du var åter i arbete _____

6. Underskift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att polis, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa), berörd myndighet eller arbetsgivare får lämna försäkringsgivaren och skaderegleringsföretaget Sedgwick Sweden AB de upplysningar som de anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Ort och datum	Underskrift av försäkringstagaren
Telefonnummer dagtid	Namnförtydligande

Blanketten skickas till: Sedgwick Sweden AB, Englundavägen 13, 171 41 Solna

Eller via e-post: info@se.sedgwick.com

Bilagor som skall skickas in för bedömning av din anmälan:

- Kopia på Arbetsgivarintyg där anledning till uppsägning framgår
- Intyg från arbetsförmedlingen om inskrivning som aktivt arbetssökande