

Skadeanmälan

Ofrivillig arbetslöshet

Insändes till:

Min EI EBS AB
c/o Crawford & Company (Sweden) AB
Box 6044
171 06 SOLNA

Telefon 08-514 200 00
Fax 08-514 200 29
E-post affinity@crowco.se

1. Grunduppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	E-post	Försäkringsnummer
Postnummer och postort	Telefon dagtid	Mobil

2. Ofrivillig arbetslöshet

Ursprungligt anställningsdatum?	Vilket datum fick du besked om uppsägningen?
Vilket datum upphörde anställningen?	Vilket datum fick du din sista löneutbetalning?
Arbetade du heltid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, _____ timmar / vecka	Var du tillsvidareanställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, anställningsform: _____
Arbetsgivarens namn och telefonnummer till kontaktperson hos arbetsgivaren:	
Orsak till uppsägningen?	Hade du kännedom om varsel vid tecknandet av försäkringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

3. Upplysningar

Uppbär du någon form av sjukpenning eller sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja, orsak: _____ <input type="checkbox"/> Nej
Ev. kompletterande upplysningar

4. Bilagor

Följande ska bifogas med skadeanmälan:		
● Försäkringsbevis	● Intyg från arbetsförmedlingen om inskrivning som arbetssökande	● Intyg från tidigare arbetsgivare om anledningen till uppsägningen samt uppgift om anställningstid

5. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att tidigare arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, arbetslöshetskassa, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) eller berörd myndighet får lämna försäkringsbolaget Balder Försäkring AB och skaderegleringsföretaget Crawford & Company (Sweden) AB de upplysningar som de anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.	
Ort och datum	Underskrift försäkringstagare
Telefonnummer	Namnförtydligande