

Anmälan

Försäkringstagare:

Personnummer:

Adress:

Telefon:

Postnummer och ort:

E-post:

Försäkringsnummer:

Datum för uppsägning:

Datum för sista arbetsdag:

Vilken typ av anställning hade du innan arbetslösheten inträffade? (Bifoga kopia på ditt anställningsavtal)

Har du själv sagt upp dig från din anställning? (Om NEJ, bifoga kopia på uppsägningsbrevet från din arbetsgivare)

Ja Nej

- Jag bekräftar att ovanstående upplysningar är korrekta och att jag inte undanhåller någon information som är av betydelse för bedömningen av skadeanmälan.
- Jag samtycker härmed till att AmTrust Nordic AB kan kontakta arbetsförmedlingen, arbetsgivare, myndigheter eller annan berörd part för att inhämta information som är nödvändig för att behandla skadeärendet.

Underskrift av försäkringstagare:

Datum och ort:

Bifoga till skadanmälan:

- Kopia på anställningsavtal
- Ev. uppsägningsbrev från arbetsgivare
- Intyg från arbetsförmedlingen
- Avier från A-kassa

Skadeanmälan returneras till:

AmTrust Nordic AB

Hamngatan 11
111 47 Stockholm

E-post: skador@amtrustgroup.com
Telefon: 08-440 38 16



AmTrust Insurance Services
An AmTrust Financial Company