

SKADEANMÄLAN

- TILL FÖLJD AV ARBETSLÖSHET

Fullständigt ifylld skadeanmälan skickas till:

Solid Försäkringar, Box 22151, 250 23 Helsingborg
Telefon: 042-450 33 46, e-post: betalforsakring@solidab.se, Fax: 042-450 33 82

- Utbetalningsavi från arbetslöshetskassa
- Intyg från senaste arbetsgivare om arbetslösheten samt anställningstid
- Kopia på varsel om uppsägning
- Intyg på fast anställning när försäkringen tecknades

1. Uppgifter om försäkringstagaren:

Personnummer:		E-post:	
Försäkringstagare för-och efternamn:		Telefonnummer dagtid:	
Adress:	Postnr:	Ort:	
Kontonummer hos Resurs Bank:			

2. Senaste arbetsgivare:

Senaste arbetsgivare:		Kontaktperson och telefonnummer:	
Adress:	Postnr:	Ort:	
Försäkringstagarens anställningsdatum:		Datum for varsel om uppsägning:	
Datum för uppsägning:	Orsak till uppsägning:		

3. Övriga uppgifter:

Arbetslöshetskassa:		Kontaktperson och telefon:	
Adress:	Postnr:	Ort:	
Övriga upplysningar:			

4. Härmed intygas att lämnade uppgifter är korrekta, försäkringstagarens underskrift, ort och datum:

Datum och Ort:	Namn:
----------------	-------

OBS: innan beslut erhållits från Solid måste du fortsätta delbetala enligt nuvarande betalplan till Resurs Bank. Ersättning kan ges retroaktivt vid beviljad ersättning.