



Skadeanmälan Allra Trygghetsförsäkring - Arbetslöshet

Vänligen läs dessa instruktioner innan du fyller i anmälningsblanketten

Steg 1: Viktig information:

- Eventuell ersättning kan beviljas vid upphörande av en tillsvidareanställning på grund av arbetsbrist, omorganisation eller på grund av nedläggning av verksamhet.
- Arbetslöshet som du får besked om inom försäkringens kvalificeringstid är undantagen ersättning. Kvalificeringstiden vid arbetslöshet är 120 dagar från försäkringens tecknande.
- Egenföretagare omfattas inte av skyddet för arbetslöshet.
- Du ska vara inskriven på Arbetsförmedlingen som aktivt arbetssökande under perioden som eventuell ersättning beviljas för.

Försäkringsbesked skickades till dig i samband med försäkringens tecknande.

Steg 2: Fyll i blanketten:

- Fyll i alla delar av blanketten – vi behöver all information för att handlägga ärendet skyndsamt.
- Skriv under blanketten – vi kan inte handlägga ärendet utan underskrift.

Steg 3: Underlag att bifoga:

- Kopia på arbetsgivarintyg från din senaste arbetsgivare som visar orsak till uppsägning, anställningsform, anställningstid, datum för besked om uppsägning samt arbetstid timmar/vecka.
- Om du har bytt arbetsgivare sedan försäkringens tecknades behöver vi ett arbetsgivarintyg som styrker din anställning vid försäkringens tecknande.
- Ett aktuellt daterat inskrivningsintyg från Arbetsförmedlingen som visar att du är/var inskriven som aktivt arbetssökande under den period som du begär ersättning för.
- Vänligen observera att under pågående arbetslöshet efterfrågas aktuellt daterat inskrivningsintyg från arbetsförmedlingen månadsvis, alternativt utbetalningsspecifikationer från A-kassa.

**Vänligen sänd in alla dokument tillsammans för skyndsamt handläggning.
Häfta inte ihop handlingarna.**

Steg 4 : Hur du kan anmäla ditt ärende:

Du har följande alternativ att anmäla ditt ärende till oss:

- Du kan skicka anmälan till oss på följande adress: AXA, Box 7439, 103 91 Stockholm.
- Du kan skanna och skicka via e-post till: clp.se.kundservice@partners.axa.

Steg 5: Vad händer sen?

När vi mottagit samtliga handlingar kommer vi att registrera ärendet. Vi har en handläggningstid på upp till 10 arbetsdagar, därefter kommer vi att skicka ett skriftligt beslut.

- Om försäkringens kan lämna ersättning kommer vi att informera er om belopp och när ersättningen utbetalas till angivet konto.
- Om försäkringens inte kan lämna ersättning kommer vi att meddela anledningen.

Häfta inte ihop handlingarna

Personuppgifter:

Namn:

Gatuadress:

Personnummer: -

Telefon dagtid:

Postnummer: Ort: Har du tidigare haft ett ärende hos oss: Ja: Nej:

E-post:

Ja tack, jag vill få bekräftelse per e-post när mina handlingar har mottagits:

Ja tack, jag vill få bekräftelse per sms när mina handlingar har mottagits:

Kontouppgifter för utbetalning:

Observera att kontoinnehavaren måste vara samma som den försäkrade ovan

Bank:

Clearingnummer: Kontonummer:

Information om din senaste arbetsgivare:

Yrke: Anställningsform:

Arbetsgivare: Arbetstid timmar/vecka:

Gatuadress:

Orsak till arbetslösheten:

Postnummer: Ort: Första anställda dag:

Arbetsgivarens telefon: Besked om uppsägning:

Har du återgått i arbete: Ja: Nej: Sista anställda dag:

Om ja, när:

Häfta inte ihop handlingarna

Information om ersättning:

Ditt Försäkrade månadsbelopp är avsett för att täcka dina fasta kostnader för någon eller några av följande utgifter:

Dina lån/krediter, hyra eller bostadsrättsavgift för bostad, hem/villaförsäkring, telefon/internet/tv, hushållsel, sophämtning, vatten/värme, avgift till tomt/samfällighetsförening, tomträttsavgift, hyra för parkeringsplats/garage, fordonsförsäkring, fordonsskatt. Avgifter eller kostnader vid dröjsmål av betalning ersätts inte.

Ersättning från försäkringen betalas månadsvis i efterskott till bankkonto tillhörande dig och du skall själv betala ovan nämnda utgifter.

Godkännande och samtycke:

För perioden jag söker ersättning för har jag sökt arbete aktivt och varit fullt tillgänglig för arbete och ansöker härmed om utbetalning av försäkringsersättningen enligt försäkringsvillkoren. Jag försäkrar att uppgifterna jag lämnat i denna skadeanmälan är riktiga. Jag förstår att försäkringsgivaren kan kräva återbetalning från mig om jag har lämnat felaktig information. Jag ger försäkringsgivaren Financial Insurance Company Limited-Sweden (under namnet AXA) fullmakt och samtycke till att för min räkning begära och erhålla information från min nuvarande/tidigare arbetsgivare, arbetsförmedling, kommun, fackförbund, Försäkringskassa och arbetslöshetsförsäkring om det skäligen kan behövas vid bedömningen av skadeanmälan. Jag förstår att jag på begäran ska sända de handlingar till AXA som kan krävas för bedömningen av skadeanmälan. Jag förstår och samtycker till att all information i detta ärende kommer att lagras på datamedia om det är nödvändigt för behandlingen av skadeanmälan och kommer att användas för att AXA och eventuellt andra bolag inom AXA-koncernen inom och utom EU och EES skall kunna behandla skadeanmälan. Om AXA inte är försäkringsgivare för försäkringen kan personuppgifterna om så behövs också skickas till försäkringsgivaren som kan finnas inom eller utom EU och EES. AXA är ansvarig för lagring av data i enlighet med tillämplig lag. Du har rätt att få besked om vilka personuppgifter om dig som behandlas/hur dessa behandlas och du begär det genom att skriva ett brev till AXA och be om besked enligt 26§ Personuppgiftslagen. Om det förekommer fel i dina personuppgifter och om du vill att dessa skall rättas kan du skriftligen lämna in en sådan begäran till AXA.

Jag försäkrar härmed att de uppgifter jag lämnat i skadeanmälan är riktiga och att jag har läst och förstått ovan godkännande och samtycke. Vänligen bekräfta din försäkras, ditt godkännande och samtycke genom att underteckna.

Datum:

d	d	m	m	å	å
---	---	---	---	---	---

Underskrift:

X

Jag samtycker till att AXA får använda elektronisk kommunikation, såsom e-post, när personuppgifter sänds i detta ärende. Detta samtycke omfattar dock inte rätt att sända hälsorelaterad information och information om arbete elektroniskt mellan AXA och utomstående enheter.

Sänd in anmälan via:

Post:	Fax:	E-post:
AXA Box 7439 103 91 Stockholm	08-502 520 64	clp.se.kundservice@partners.axa