

Skadeanmeldelse sendes til:
Chartis Europe S.A.
Kalvebod Brygge 45
DK-1560 København V
Tlf +45 33 73 24 00
Fax +45 33 73 24 70
www.chartisinsurance.com



SKADEANMELDELSE – Tryghedsforsikring Ufrivillig Arbejdsløshed

Vi beder Dem venligst være opmærksom på, at det er yderst vigtigt for vores behandling af Deres krav, at skadeanmeldelsen er fuldstændig udfyldt.

Samtlige spørgsmål til henholdsvis Dem som forsikringstager, Deres tidligere arbejdsgiver samt arbejdsformidlingen/A-kassen/kommunen skal således være fuldstændig besvaret, inden De indsender anmeldelsen til os.

Det er Deres ansvar at sørge for, at såvel Deres tidligere arbejdsgiver som arbejdsformidlingen/A-kassen/kommunen udfylder deres respektive dele af anmeldelsen.

Det understreges, at indtil der foreligger en afgørelse på Deres skadeanmeldelse, er det nødvendigt, at De uden ophold sørger for, at låneydelsen bliver betalt som om skaden ikke var hændt. Såfremt skaden accepteres som værende dækningsberettiget, vil De efterfølgende få refunderet den af Dem udlagte låneydelse, der er erstatningsberettiget.

Vi gør opmærksom på, at fremsendelse af denne skadeanmeldelse ikke er ensbetydende med accept af erstatningspligten.

Såfremt De har spørgsmål i anledning af skaden eller i forbindelse med udfyldelse af anmeldelsen, er De naturligvis velkommen til at kontakte vores skadeafdeling.

Med venlig hilsen
Chartis Europe S.A.

Skadeanmeldelse sendes til:
Chartis Europe S.A.
Kalvebod Brygge 45
DK-1560 København V
Tlf +45 33 73 24 00
Fax +45 33 73 24 70
www.chartisinsurance.com

Skade nr.
(Udfyldes af Chartis)



SKADEANMELDELSE – Tryghedsforsikring Ufrivillig Arbejdsløshed

FORSIKREDE - UDFYLDES AF FORSIKREDE

Navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr. og by
Telefon / Mobil	E-mail
Forsikringens policenr.:	Lånenr.

FORSIKRINGEBEGIVENHEDEN - UDFYLDES AF FORSIKREDE

Er De ufrivillig arbejdsløs?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvornår fik De første gang kendskab til, at De ville blive opsagt?	Dato:
Hvornår modtog De opsigelsen?	Dato:
Hvornår var sidste arbejdsdag ifølge opsigelsen?	Dato:
Hvad var årsagen til opsigelsen?	
Tidligere arbejdsgivers navn	Telefon
Arbejdsgivers adresse	Postnr. og by
Hvornår blev De ansat i firmaet?	Dato:
Hvor mange timer arbejdede De pr. uge/måned?	

Har De indenfor de senste 12 måneder være uarbejdsdygtig i mere end 15 sammenhængende uger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Var der tale om sæsonbetonet arbejde/ansættelse?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Var der tale om varig ansættelse?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Skyldes opsigelsen alene deltagelse i strejke eller lock out?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Modtager De nogen form for offentlig pension? Hvis ja, hvilke(n)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har De fået nyt arbejde? Hvis ja, dato for ansættelsen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Nuværende arbejdsgivers navn	Telefon	
Arbejdsgivers adresse	Postnr. og by	

UNDERSKRIFT - FORSIKREDES

Jeg er indforstået med, at alle beløb vedrørende denne skade udbetales direkte til långiver til udligning af eventuelle skyldige beløb. Jeg erklærer herved, at alle oplysninger er korrekte, og er indforstået med, at falske forklaringer givet af mig eller af andre medfører fortabelse af rettigheder i henhold til policens bestemmelser.

Jeg er indforstået med, at min arbejdsgiver, tidligere arbejdsgiver, og evt. andre personer giver de nødvendige oplysninger til Chartis.

Fotokopi af denne erklæring har samme gyldighed som originalen.

Sted og dato

Underskrift

Vigtigt:

Som dokumentation for Deres krav bedes De vedlægge kopi af:
Opsigelsen fra Deres tidligere arbejdsgiver og
Deres ansættelseskontrakt.

ARBEJDSGIVERERKLÆRING - UDFYLDES AF ARBEJDSGIVER

Såfremt Deres tidligere arbejdsgiver ikke længere driver erhverv, skal dette afsnit udfyldes af likvidator/bestyrelse tilknyttet Deres tidligere arbejdsgivers virksomhed.

For at kunne imødekomme vores kundes krav om skadeudbetaling, skal vi bede Dem besvare nedenstående spørgsmål.

Den ansattes navn	CPR-nr.
Adresse	Post nr. & by
Stilling i firmaet	Ansættelses- og fratrædelsesdato
Hvor mange timer arbejdede den ansatte pr. uge/måned?	
Var der tale om sæsonbetonet arbejde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Var der tale om varig ansættelse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis ansættelsesforholdet var fastlagt i en kontrakt, angiv venligst datoerne fastlagt i kontrakten	
Blev der ved ansættelsen aftalt, at ansættelsesforholdet skulle ophøre, når en bestemt opgave/et bestemt projekt var udført? Hvis ja, hvilken opgave/hvilket projekt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvornår orienterede De første gang den ansatte om opsigelsen?	Dato:
Hvornår fremsendte De opsigelsen?	Dato:
Hvornår var sidste arbejdsdag ifølge opsigelsen?	Dato:
Hvis den ansatte modtog penge i stedet for behørigt opsigelses-varsel, angiv venligst hvor mange ugers løn, der blev udbetalt:	
Var fratrædelsen frivillig fra den ansattes side? Hvis ja, forklar venligst nærmere.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvad var grunden/årsagen til opsigelsen?	
Er arbejdsløshed karakteristisk for denne type beskæftigelse? Hvis ja, hvorfor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har De tidligere haft den ansatte ansat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, har De ligeledes tidligere afskediget den ansatte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Angiv ansættelsesperiode for tidligere beskæftigelse:	Fra: <input type="text"/> Til: <input type="text"/>

UNDERSKRIFT - ARBEJDSGIVERS

Navn: blokbogstaver	Stilling
Underskrift	Dato

ARBEJDSFORMIDLINGEN - UDFYLDES AF ARBEJDSFORMIDLINGEN

For at kunne imødekomme vores kundes krav om skadeudbetaling, skal vi bede Dem besvare nedenstående spørgsmål.

Den arbejdslediges navn	CPR-nr.
Adresse	Post nr. & by
Er den arbejdsledige aktivt jobsøgende?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Periode for suspensionen:	Fra: Til:
Har den arbejdsledige tidligere være tilmeldt arbejdsformidlingen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, angiv venligst sidste periode:	Fra: Til:
ARBEJDSFORMIDLINGEN: Telefon	STEMPEL
Dato	
Navn, blokbogstaver	
Underskrift	

For at kunne imødekomme vores kundes krav om skadeudbetaling, skal vi bede Dem besvare nedenstående spørgsmål.	
Den arbejdslediges navn	CPR-nr.
Adresse	Post nr. & by
Hvornår blev den arbejdsledige registeret som arbejdsløs?	Dato:
Opfylder den arbejdsledige Direktoratet for Arbejdsledighedsforsikring gældende bekendtgørelse om rådighed og selvforskyldt ledighed?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvad var grunden til den arbejdslediges opsigelse fra tidligere beskæftigelse?	
Var der tale om frivillig fratrædelse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Står den arbejdsledige til rådighed for arbejdsmarkedet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Modtager den arbejdsledige arbejdsløshedsunderstøttelse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis arbejdsløshedsunderstøttelsen er blevet suspenderet, angiv venligst årsagen dertil:	
ARBEJDSFORMIDLINGEN: Telefon	STEMPEL
Dato	
Navn, blokbogstaver	
Underskrift	