

Ansökan om ersättning från Kollektiv Inkomstförsäkring

Personuppgifter

Efternamn, förnamn		Personnummer (10 siffror)
Utdelningsadress		Telefonnummer (inkl. riktnr)
Postnummer och ort	Fackförbund	

Medlemskap hos förbundet

Ordinarie Studerande

Ersättning fr.o.m

Jag gör anspråk på ersättning fr.o.m (år, månad, dag)

Tecknat Tilläggförsäkring

Nej Ja

Annan ersättning än från AEA p.g.a. arbetslöshet

Nej Ja Vilken?

Omfattas av trygghetsavtal*

Nej Ja Vet ej

Privat anställd Statligt anställd Kommunalt anställd

Om "Ja" Arbetsgivare

Telefonnummer arbetsgivare

*Kontakta din arbetsgivare eller ditt förbund för information om du är osäker.

Kontonummer vid utbetalning

Kontonummer*	Bank
--------------	------

*Bankkontonumret måste innehålla clearingnummer och kontonummer. Vid osäkerhet kontakta din bank.

Medgivande om uppgifter från AEA

Jag samtycker till att personnummer och uppgifter om rätt till arbetslöshetsersättning inhämtas från AEA vid skadereglering samt att personuppgifter inhämtas från mitt sacco-förbund*.

*Nödvändiga uppgifter för att ersättning ska kunna utbetalas enligt Allmänna villkor för Kollektiv Inkomstförsäkring 11.

Försäkran och underskrift

Jag försäkrar att ovanstående uppgifter är riktiga och förbinder mig att meddela Saco SalusAnsvar Försäkrings AB ändrade förhållanden.	Ankomststämpel
Ort och datum	
Underskrift	

Anmälan skickas till:
Saco SalusAnsvar Försäkrings AB, 106 77 Stockholm
Kundtjänst telefon 0200-87 50 40