

Ansökan om ersättning från SFHLs Inkomstförsäkring

Avtal 40153

1. Personuppgifter

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefonnummer dagtid (inkl riktnr)
E-post		Mobiltelefonnummer

2. Ersättning från och med

Jag ansöker om ersättning fr o m (år-månad-dag)

3. Får du eller har du ansökt om annan ersättning än från a-kassan?

(t ex Trygghetsrådet, Förtida uttag av tjänstepension, AGF-KL, KFS eller annan försäkring) **Bifoga kopia av eventuella beslut!**

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken?
------------------------------	-----------------------------	---------

4. Kontonummer vid utbetalning

Clearingnummer*	Kontonummer	Bankens namn
-----------------	-------------	--------------

* Vid osäkerhet kontakta din bank.

5. Försäkran, medgivande och underskrift

<p>Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och förbinder mig att meddela ändrade förhållanden till Förenade Liv Grupp försäkring AB.</p> <p>Jag medger att SFHL och den a-kassa jag är medlem i får lämna Förenade Liv Grupp försäkring AB de uppgifter om min rätt till arbetslöshetsersättning som behövs för skadereglering av Inkomstförsäkringen.</p> <p>Jag medger att den a-kassa jag är medlem i får skicka beslutsbrev, utbetalningsbesked och andra handlingar som behövs för skadereglering av Inkomstförsäkringen.</p>	
Datum	Underskrift

VIKTIG INFORMATION!

När du har besvarat frågorna 1–5, skicka ansökan till din A-kassa, tillsammans med en kopia av beslutsbrevet och utbetalningsbeskedet från A-kassan.

Uppgifter från a-kassan

Medlem i fr o m ----- (a-kassans namn)	Om inte 12 månader sammanhängande, finns övergångsbevis från annat förbund eller annan a-kassa? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m Förbund: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m A-kassa:
Är medlem avstängd från ersättningsdagar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m Antal dagar:	Har medlem varit anmäld på AF under de senaste 12 månaderna före ansökan om ersättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, senaste ersättningsdag:
Datum	A-kassans stämpel och underskrift

**A-kassan skickar ansökan tillsammans med beslutsbrev och utbetalningsbesked till:
Förenade Liv, H49, 106 60 Stockholm**