

**Personuppgifter**

Förnamn, efternamn	Personnummer (10 siffror)
Utdelningsadress	Telefonnummer (inkl. riktnr)
Postnummer och ort	

**Ansöker om ersättning från inkomstförsäkringen från och med**

**Medlemskap**

Datum	Fackförbund
-------	-------------

**Ersättning från Trygghetsavtal/Försäkring** (T.ex. Trygghetsråd, Trygghetsstiftelsen, Omställnings-/Trygghetsfonden eller annan försäkring)

Nej  Ja Vilken?

**För snabbare handläggning: bifoga beslut om ersättning från trygghetsavtalet/Annan försäkring (Ej AEA:s beslut).**  
 Kontakta din arbetsgivare eller ditt förbund för information om du är osäker.

**Senaste anställning**

<input type="checkbox"/> Privat anställd	<input type="checkbox"/> Statligt anställd	<input type="checkbox"/> Kommunalt anställd/Landstingsanställd	<input type="checkbox"/> Egen företagare
Arbetsgivare			Telefonnummer arbetsgivare

**Kontonummer vid utbetalning**

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

\*Både clearingnummer och kontonummer krävs. Vid osäkerhet kontakta din bank.

**Personuppgiftslagen (PUL)**

Saco SalusAnsvar Försäkrings AB är personuppgiftsansvarig enligt personuppgiftslagen. För att kunna skadereglera försäkringar måste Saco SalusAnsvar Försäkrings AB samla in personuppgifter. Lämnade uppgifter kan komma att registreras samt arkiveras hos bolaget. Uppgifterna kommer att behandlas i överensstämmelse med personuppgiftslagens bestämmelser.

**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 Saco-förbund. (Nödvändiga uppgifter för att ersättning ska kunna utbetalas enligt Allmänna villkor för Kollektiv inkomstförsäkring 11.) Jag medger att mina personuppgifter får behandlas enligt PUL.

**Försäkran och underskrift**

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

**Jag önskar att få mitt beslut via e-post** (med reservation för att beslutsbrev kan komma att skickas via vanlig postgång)

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	E-postadress
----------------------------------------------------------	--------------

Anmälan skickas till: Saco SalusAnsvar Försäkrings AB, 106 77 Stockholm. Kundtjänst telefon 0770-78 20 50.

**Akademikernas Inkomstförsäkrings noteringar**

Medlem	Ordinare/Yrkesverksam/Aktiv	Handläggningsdatum
--------	-----------------------------	--------------------

**Akademikernas Inkomstförsäkring**

Saco SalusAnsvar Försäkrings AB, Org nr: 516401-6726, Adress: 106 77 Stockholm, Telefon: 0770-78 20 50, Fax: 08-55 54 53 52, E-post: kundservice@inkomstforsakring.com, Hemsida: www.inkomstforsakring.com/forbund

För medlemmar i Saco-förbunden i samarbete med SalusAnsvar