

→ **ANSÖKAN AVSER**

<input type="checkbox"/> Låneskydd	<input type="checkbox"/> Kontoskydd	Låneavtalsnr:	<input type="text"/>
Namn		Personnr	
Utdelningsadress		Telefonnr dagtid (även riktnr)	
Postnr	Ort	Mobilnr/E-mail	

→ **SENASTE ANSTÄLLNING FÖRE ARBETSLÖSHET, ÄVEN EGEN FÖRETAGARE**

<input type="checkbox"/> Tillsvidare	<input type="checkbox"/> Provanställning t.o.m.:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad - Avtalat slutdatum:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Intermittent anställning (behovsanst.) <input type="checkbox"/> Egen företagare	
Arbetsgivare/företagets namn		Namn på ev. personalansvarig	
Utdelningsadress		Postnr	Ort
Telefon (även riktnr)		E-post	
Anställning hos ovan angiven arbetsgivare sedan - (År/Mån/Dag)	Befattning	Anställning hos ovan angiven arbetsgivare upphörde - (År/Mån/Dag)	
Sedan när har du haft vetskap om att risk för arbetslöshet förelegat? - (År/Mån/Dag)		Orsak till anställningens upphörande	

→ **ÖVRIGT**

Uppbär du / har du vid något tillfälle uppburit sjukersättning (inte att förväxlas med sjukpenning) eller aktivitetsersättning?

Nej  Ja, fr.o.m.

<b>VIKTIGT</b> Bifoga	<ul style="list-style-type: none"><li>Arbetsgivarintyg och kopia av A-kassans beslut om ersättning samt kopior av utbetalningsspecifikationer från din A-kassa.</li><li>Datautskrift från försäkringskassan, intyg om utbetald ersättning för de senaste fem åren. (Kan beställas från försäkringskassans hemsida)</li></ul>
--------------------------	--

→ **UNDERSKRIFT**

Cardif Försäkring AB och dess samarbetspartners behandlar personuppgifter vid skaderegleringen i enlighet med försäkringsvillkoren. Behandlingen sker uteslutande för att fullfölja avtalet. Om du har frågor angående behandlingen kan du kontakta personuppgiftsansvarig på Cardif Försäkring AB, telefon: 031-707 98 70. När skada anmäls till Cardif Försäkring AB, kan anmälan även komma att göras till GSR, (försäkringsbranschens gemensamma skadeanmälningsregister), i enlighet med försäkringsvillkoret.

**Underskrift av FÖRSÄKRAD - Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda och att samtliga handlingar är bifogade**

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att Cardif Försäkring AB och dess samarbetspartners behandlar mina personuppgifter vid skaderegleringen.

Namn/teckning	Datum - (År/Mån/Dag)	Ort
Namnförtydligande	Personnr	

**BLANKETTEN INSÄNDES TILL: CARDIF FÖRSÄKRING AB, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG**

Försäkringsgivare för livförsäkringsprodukter är Cardif Livförsäkring AB - Försäkringsgivare för övriga personförsäkringar är Cardif Försäkring AB