

Ifylld ansökan skickas med post till: Försäkringsutveckling, Box 38044, 100 64 Stockholm.
 Eller scanna och skicka med e-post till: diabetesforbundet@fuab.com

Mina Uppgifter	
Försäkringstagarens namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer dagtid:
Postnummer & ort:	E-post:
Eventuell ersättning betalas ut till (ange bank, clearing- & kontonummer):	
Har anmälan gjorts till annan försäkring? Om ja, vilket? Ja Nej	Kommer ersättning erhållas från annan försäkring? Ja Nej
Skada	
Orsak till arbetslösheten?	Vilket datum upphörde anställning? ÅÅÅÅMMDD

Att bifoga skadeanmälan:

- Underlag för månatliga boendekostnader.
- Kopia på utbetalningsavi från arbetslöshetskassa eller liknande.
- Intyg från arbetsförmedlingen om att den försäkrade är inskriven som arbetssökade.
- Intyg från den senaste arbetsgivaren om anledning till arbetslöshet samt hur länge den försäkrade arbetat hos denne arbetsgivare.
- Övriga handlingar som kan vara av betydelse för bedömning av ärendet.

OBS! Intyg från arbetsförmedlingen samt arbetslöshetskassan skall insändas varje månad.

Ersättningsanspråk:	
Ange vad du yrkar ersättning för:	Belopp:

Summa:

Övriga upplysningar:

Ort:	Namnsteckning:
Datum:	Namnförtydligande:

Jag intygar att ovan lämnade uppgifter är korrekta och att jag inte har utelämnat någon information som kan ha betydelse för skadans bedömning. Jag intygar att denna skadeanmälan har fyllts i av mig i sin helhet. Oriktigt intygande kan utgöra en straffbar handling.