

Skadeanmälan inkomstförsäkring

Skadenr (ifylles av Accept)

Använd denna blankett för att ansöka om ersättning om du blivit arbetslös.
Bifoga följande dokument, kopior går bra:

- [Arbetsgivarintyg \(se exempel\)](#)
- [Beslut om rätt till arbetslöshetsersättning samt övriga beslut från din a-kassa \(se ex.\)](#)
- Beslut om rätt till annan ersättning p.g.a. arbetslöshet, t.ex. trygghetsavtal eller annan inkomstförsäkring
- Övriga handlingar som kan ha betydelse för handläggningen t.ex. anställningsavtal, uppsägningshandlingar etc.

För- och efternamn:	<input type="text"/>		
Gatuadress:	<input type="text"/>		
Postnummer:	<input type="text"/>	Postadress:	<input type="text"/>
Personnummer:	<input type="text"/>	Försäkringsavtal:	<input type="text" value="mySafety"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>		
E-post	<input type="text"/>		

Titel/befattning:	<input type="text"/>	Arbetsgivare:	<input type="text"/>
Sista arbetsdag:	<input type="text"/>	Varslad den:	<input type="text"/>

Är du medlem i något fackförbund?

- Ja Om ja, vilket:
- Nej

Omfattas du av annan inkomstförsäkring, t.ex. via fackförbund eller annat bolag?

- Ja Om ja, vilket: *Bifoga beslut därifrån.*
- Nej

Omfattas du av trygghetsavtal, t.ex. via Trygghetsfonden eller Trygghetsrådet?

- Ja Om ja, vilket: *Bifoga beslut därifrån.*
- Nej

Omfattas du av bolåneskydd eller liknande?

- Ja Om ja, vilket: *Bifoga beslut därifrån.*
- Nej

Bank (till vilken ersättningen önskas utbetald):

Clearingnr:

Kontonummer:

Ort:

Datum:

Underskrift:

Skickas till:

Accept Försäkringsaktiebolag
Gustavslundsvägen 147
167 51 Bromma

eller

skador@accept.se

Tänk på:

- ✓ Bifoga dokumenten överst
- ✓ Fyll i sanningsenligt
- ✓ Fyll i alla fält
- ✓ Skriv under ansökan

Handläggning skall ske inom
30 dagar från att den försäkrade
gjort vad som åligger hen.

ACCEPT
Försäkringar