

Fullmakt

Använd bara kulspeppenna med blå eller svart skrift, v.g. texta!

Härmed ger jag

med personnummer

En fullmakt till Ledarnas arbetslöshetskassa att arbetslöshetskassan får lämna de upplysningar som behövs till **Bliwa Skadeförsäkring AB** för att Bliwa ska kunna handlägga min ansökan om ersättning

Fullmakten gäller under följande period:

Tillsvidare, tills jag återkallar den.

Under perioden

till och med

VIKTIG INFORMATION

Observera att ansökan om arbetslöshetsersättning från Ledarnas arbetslöshetskassa och ansökan om ersättning från din inkomstförsäkring hos Bliwa är två separata förfaranden. Du måste själv skicka in en ansökan om ersättning till Bliwa då fullmakten enbart medger att Ledarnas arbetslöshetskassa lämnar eventuella kompletterande upplysningar som behövs för deras handläggning av ärendet.

UNDERSKRIFT

Ansökan skickas i original till:

Ledarnas arbetslöshetskassa

FE 27,
930 88 Arjeplog

www.ledarnasakassa.se

Namnteckning

Datum (åååå-mm-dd)

Ort