

# ANMÄLAN OFRIVILLIG ARBETSLÖSHET



Volvofinans Låneskydd och Privatleasingskydd

## IFYLLS ALLTID

Kundnummer

Registreringsnummer

## FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer och ort

Mejladress

Telefon dagtid (även riktnr)

## UTBETALNING

Önskas insatt på

Clearingnummer

Kontonummer

Bank

Önskas insatt på

Kontonummer

Bankkonto

Personkonto

Postgiro/Bankgiro

Kontonummer

Avi

## ANSTÄLLNINGSFÖRHÅLLANDE

Senaste anställning före arbetslöshet, även egen företagare

Tillsvidare

Provanställning

Tidsbegränsad

Egen företagare

Arbetsgivaren/Företagets namn

Namn på ev. personalansvarig

Utdelningsadress

Telefon (även riktnummer)

Postnummer

Ort

Mejl

Anställning hos ovan angiven arbetsgivare sedan – År/Mån/Dag

Anställning hos ovan angiven arbetsgivare upphörde – År/Mån/Dag

Befattning

Sedan när har du haft vetskap om att risken för arbetslöshet förelegat? – År/Mån/Dag

Orsak till anställningens upphörande

## UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum

Namnteckning

Telefon dagtid (även riktnr)

Skicka anmälan till:

If Skadeförsäkring

P100

106 80 Stockholm

Vid frågor ring 08-792 72 27