

**VIKTIGT****Läs detta innan du fyller i och skickar in din skadeanmälan****1. Jag är ofrivilligt arbetslös på grund av att**

- min tillsvidareanställning (fasta anställning) har upphört eller
- min tidsbegränsade anställning har upphört innan avtalad sluttid eller

 JA  NEJ**2. Jag har inte haft kännedom om varsel och inte fått besked om uppsägning inom 90 dagar från att jag anslöts till Bo kvar-försäkringen.** JA  NEJ**3. Nuvarande period av ofrivillig arbetslöshet började tidigast 90 dagar efter att jag anslöts till Bo kvar-försäkringen.** JA  NEJ**Har du svarat JA på samtliga frågor?**

Då kan du ha rätt till ersättning. Skicka då in din skadeanmälan för en fullständig utredning.

**I det fullständiga försäkringsvillkoret** finns bland annat information om när försäkringen inte lämnar ersättning. Ersättning lämnas exempelvis inte

- om du haft en provanställning,
- om du sagt upp dig själv,
- om du varit företagare
- om du vid anslutningen till Bo kvar-försäkringen var uppsagd/varslad eller
- om du vid anslutningen till Bo kvar-försäkringen hade kännedom om kommande uppsägning eller varsel.

Villkoret hittar du på [affinity.trygghansa.se/hyresgastforeningen](http://affinity.trygghansa.se/hyresgastforeningen).

**För en snabbare handläggning** ber vi dig svara på alla frågor i skadeanmälan så noggrant som möjligt och komplettera din anmälan med kopior av nedanstående handlingar:

- Arbetsgivarintyg (de som inlämnats till A-kassan)
- A-kassans beslut om ersättning
- Utbetalningsspecifikationer från A-kassan (från och med första arbetslöshetsveckan)
- Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad du blev arbetslös (understiger hyra/månadsavgift 4 000 kr ska även underlag avseende kostnaden för hemförsäkring och hushållsel bifogas)

**ANMÄLAN AVSER**  Gruppmedlem  Medförsäkrad (=make/sambo till gruppmedlem)

Medlemsnummer i Hyresgästföreningen		<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Äganderättslägenhet
Namn		Personnr		
Adress		Telefon dagtid (även riktnr)		Mobil
Postnr	Ort	Mejl		
Om anmälan avser gruppmedlem, finns medförsäkrad (d.v.s. make eller sambo som inte fyllt 70 år)? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		Om anmälan avser medförsäkrad (d.v.s. make eller sambo) ange gruppmedlemmens personnummer		

**Utbetalning önskas insatt på** (var vänlig skriv tydligt)

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Bank
------------------------------------	------------	---------	------

**SENASTE ANSTÄLLNING**

<input type="checkbox"/> Tillsvidare	<input type="checkbox"/> Provanställning t o m:	
<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad - Avtalat slutdatum:	<input type="checkbox"/> Behovsanställning (Intermittent anställning)	
Arbetsgivarens namn	Telefon (även riktnr)	
Adress	Postnr	Ort
Anställd hos arbetsgivaren sedan - (År/Mån/Dag)	Anställningen upphörde - (År/Mån/Dag)	
När fick du veta att du riskerade att bli arbetslös? - (År/Mån/Dag)	Ange orsak till att anställningen upphörde	

**ÖVRIGT**

Har du eller har du vid något tillfälle haft aktivitetsersättning eller sjukersättning (inte att förväxlas med sjukpenning)? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m:	Har du eller har du vid något tillfälle haft ett särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning på grund av sjukdom eller olycksfall? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m:
--	--

<b>VIKTIGT</b> Bifoga kopior av	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbetsgivarintyg (de som inlämnats till A-kassan)</li> <li>A-kassans beslut om ersättning</li> <li>Utbetalningsspecifikationer från A-kassan (från och med första arbetslöshetsveckan)</li> <li>Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad du blev arbetslös (understiger hyra/månadsavgift 4 000 kr ska även underlag avseende kostnaden för hemförsäkring och hushållsel bifogas)</li> </ul>
------------------------------------	--

**ÖVRIG INFORMATION**


**VÄND FÖR UNDERSKRIFT**

## FORTS. ÖVRIG INFORMATION


**Behandling av hälsouppgifter:** För information om hur vi behandlar personuppgifter, se [trygghansa.se/personuppgifter](https://trygghansa.se/personuppgifter).

**UNDERSKRIFT** - Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda och att samtliga handlingar är bifogade

### Underskrift av FÖRSÄKRAD

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att Trygg-Hansa och dess samarbetspartners behandlar mina personuppgifter vid skaderegleringen.

Ort	Datum - (År/Mån/Dag)	Namnteckning
Personnummer		Namnförtydligande

**BLANKETTEN SKICKAS TILL: Trygg-Hansa, Affinity, Box 7830, 106 26 Stockholm  
eller laddas upp på: [affinity.trygghansa.se/hyresgastforeningen](https://affinity.trygghansa.se/hyresgastforeningen).**

Försäkringsgivare är Trygg-Hansa Försäkring | Box 7830 | 106 26 Stockholm | org.nr 516403-8662 | filial till Tryg Forsikring A/S | CVR-nr. 24260666 | Klausdalsbrovej 601 | DK-2750 Ballerup | Danmark