

# Magistrenes A-kasse

## Anmeldelse af ufrivillig arbejdsløshed



AmTrust International Underwriters

### Vigtigt - læs dette inden du udfylder anmeldelsen

- Husk følgende dokumentation skal vedlægges anmeldelsen;**
  - Kopi af ansættelseskontrakt
  - Kopi af opsigelsen
  - Kopi af dato for tilmelding til jobcenter *eller*
  - Kopi af dit godkendelsesbrev fra A-kassen "*Ret til dagpenge*"
  - Kopi af lønsedler for de sidste 3 måneder
- For hurtigere sagsbehandling, bedes du sørge for følgende;**
  - At sikre dig, at alle felterne er udfyldt i læsbar skrift - "*Blokbogstaver*"
  - At sikre dig, at alt dokumentation er vedlagt anmeldelsen
  - At sikre dig, at underskrive samtykkeerklæringen "*FP602*"
- Anmeldelsen kan sendes på følgende måder;**
  - Postadresse: Marsh A/S · Att.: Affinity · Teknikerbyen 1 · DK-2830 Virum
  - E-mail: ma.lonsikring@mmc.com

### Forsikrede - Udfyldes med blokbogstaver

Policenummer:		CPR-nr.:
Navn:		Telefon:
Adresse:		Mobil:
Postnr.:	By:	E-mail:

### Andre forsikringer

Har du lønsikring i et andet forsikringselskab?  Ja  Nej Hvis ja, hvilket:

### Oplysninger om ansættelsesforhold

Fastansat  Vikar  Flexjob  Tidsbestemt ansættelse

### 1. Seneste ansættelse inden arbejdsløsheden indtræden

Arbejdsgiverens/Virksomhedens navn:		
Adresse:		Telefon:
Postnr.:	By:	E-mail:
Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver startede - Dag/Md/År:		
Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver sluttede - Dag/Md/År:		
Siden hvornår har du haft viden om risiko for arbejdsløshed? - Dag/Md/År:		
Antal ugentlige arbejdstimer:		Sagde du selv din stilling op? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### 2. Senere ansættelse (udfyldes kun hvis omstående ansættelse var kortere end 6 måneder)

Arbejdsgiverens/Virksomhedens navn:		
Antal ugentlige arbejdstimer:		
Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver startede - Dag/Md/År:		
Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver sluttede - Dag/Md/År:		



### FP602 - Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

#### Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Marsh & McLennan Agency (MMA), har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give MMA alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give MMA alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

#### Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at MMA har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af Forsikringsaftaleloven. Alle udbetalinger vil ske til Nemkonto.

#### Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som MMA ønsker at få oplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

#### Samtykke

Undertegnede, som er aktiv arbejdssøgende og står til fuld rådighed for det danske almindelige arbejdsmarked, anmoder hermed om udbetaling af forsikringsydelse i henhold til gældende forsikringsbetingelser.

Jeg giver hermed MMA fuldmagt til på mine vegne at søge oplysninger hos min nuværende/tidligere arbejdsgiver, jobcenter, A-kasse, kommune m.m., der vil kunne bruges til vurdering af min anmeldelse. Jeg er indforstået med, at jeg for egen regning skal fremskaffe de af MMA forlangte dokumenter til brug for vurdering af min anmeldelse.

Jeg er indforstået med, at alle oplysninger i denne anmeldelse bliver lagret på datamedie, og brugt af MMA og andre selskaber i MMA koncernen indenfor EU og EØS til at behandle min anmeldelse.

MMA er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning. Hvis der forekommer fejl og mangler i dine oplysninger, og du ønsker rettelse af disse, kan du kontakte MMA.

Jeg accepterer hermed at MMA må bruge alt elektronisk kommunikation, inkl. e-mail, når der afsendes og modtages personlige data relateret til min sag. Dette omhandler ikke helbredsoplysninger og informationer om arbejdsforhold mellem MMA og andre personer og instanser nævnt i denne erklæring.

Jeg bekræfter hermed på Tro og Love, at ovenstående oplysninger er korrekte, samt at jeg har læst og accepteret erklæringen/samtykke, og accepterer, at MMA kan kræve eventuelle ydelser tilbagebetalt, hvis jeg har angivet urigtige oplysninger. Bekræft venligst din accept ved din underskrift.

CPR-nr.:		Underskrift:
By:	Dato:	Navn (skriv tydeligt):

### Personoplysninger

Vores behandling af personoplysninger sker med respekt for gældende lovgivning. Hvis du ønsker information om dine personoplysninger, eller du ønsker at rette disse oplysninger, skal du henvende dig til MMA, på telefon 45 95 46 81 eller på e-mail: [ma.lonsikring@mmc.com](mailto:ma.lonsikring@mmc.com)