

1. Personuppgifter		Personnummer	
		-	
Förnamn	Efternamn		
Bostadsadress	Postnummer och ort		
Telefonnummer	E-postadress		

Fyll i 2 a eller 2 b**2 a. Uppgifter om min anställning**

Min arbetsgivare
Min arbetsgivares organisationsnummer
Mina arbetsuppgifter
Min anställning påbörjades (datum)
<input type="checkbox"/> Jag har en tillsvidareanställning <i>eller</i>
<input type="checkbox"/> Anställningen slutar (datum):
Telefonnummer till min arbetsgivare

2 b. Jag saknar anställning

Min senaste arbetsgivare
Min senaste arbetsgivares organisationsnummer
Mina arbetsuppgifter hos min senaste arbetsgivare
Min senaste anställning avslutades (datum)
Telefonnummer till min senaste arbetsgivare
<input type="checkbox"/> Jag arbetar eller har arbetat i eget företag

Fyll i 3 a eller 3 b

7

3 a. Uppgifter om mitt medlemskap

Min nuvarande arbetslöshetskassa
<input type="checkbox"/> Jag vill ha hjälp att byta a-kassa. Jag ger därför Elektrikernas a-kassa fullmakt att begära utträde ur min nuvarande a-kassa. Jag ansöker om medlemskap i Elektrikernas a-kassa i direkt anslutning till att mitt tidigare medlemskap upphör.
<input type="checkbox"/> Jag vill inte ha hjälp att byta a-kassa. Jag kontakter på egen hand min nuvarande a-kassa med en begäran om utträde. Jag ansöker om medlemskap i Elektrikernas a-kassa i direkt anslutning till att mitt tidigare medlemskap upphör.

3 b. Jag saknar medlemskap

Jag är för närvarande inte medlem i någon arbetslöshetskassa. Jag ansöker om medlemskap i Elektrikernas a-kassa från och med*:	
År	Månad
* Observera att inträde i a-kassan tidigast kan ske den första i den månad när ansökan om medlemskap inkommer till kassan.	

4. Försäkran och underskrift

Jag tagit del av informationen på denna blankett och försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga. Jag förbinder mig att meddela a-kassan om ändrade förhållanden. Om jag givit a-kassan fullmakt enl. punkt 3a upphör densamma att gälla i samband med att beslut om utträde meddelats av min nuvarande a-kassa.	
Datum	Namnteckning

Information

Vem som har rätt till medlemskap i en a-kassa framgår av 34 § lagen om arbetslöshetskassor.

Den som lämnar oriktig eller vilseledande uppgift om något förhållande av betydelse för hans eller hennes rätt till medlemskap kan komma att uteslutas ur kassan.

Skicka din ansökan till:

Elektrikernas a-kassa
Box 45104
104 30 Stockholm

Samtycke till informationsutlämnande

Elektrikernas arbetslöshetskassa begär härmed ditt uttryckliga och skriftliga samtycke till att vissa uppgifter som förvaras hos kassan genom dataöverföring görs tillgängliga för Svenska Elektrikerförbundet, SEF.

Syftet med att göra uppgifterna tillgängliga är *de/s* att SEF:s personal ska kunna ge service åt den som genom besök på eller under telefonsamtal med någon av SEF:s verksamhetskretsar vill få uppgifter om sin ersättningsrätt eller frågor som är knutna till arbetslöshetsförsäkringen, *de/s* att personal på SEF ska kunna administrera eventuella försäkringar knutna till arbetslöshetsförsäkringen, t.ex. inkomstförsäkringen, i det fall en medlem ansökt om en sådan försäkringsförmån, *de/s* att SEF:s personal ska kunna avgöra avgiftsklass för de medlemmar som är arbetslösa.

Uppgifter som efter samtycke kommer att göras tillgängliga för SEF, i de syften som anges ovan, är:

- *Personuppgifter, telefon- och adressuppgifter*
- *Uppgifter om beviljad ersättningsperiod och antal tilldelade och kvarvarande dagar i ersättningsperiod*
- *Normalarbetstid, fastställd normalinkomst och dagpenningens storlek*
- *Tidpunkt för medlemskap i kassan*
- *Uppgifter om medlemsavgift och förhöjd finansieringsavgift*
- *Tidpunkter för anmälan och avanmälan från Arbetsförmedlingen*
- *Eventuella beslut om nedsatt ersättning eller avstängning från ersättning*
- *Kommande och utförda utbetalningar av arbetslöshetsersättning*
- *Dokument/intyg som inkommit från dig, annan person arbetsgivare eller myndighet och som rör ditt ersättningsärende*
- *Dina inlämnade kassakortsdeklarationer*

Du kan när som helst återkalla ditt samtycke. Skicka i sådant fall in en av dig undertecknad anmälan om att samtycket ska upphöra och i sådant fall från vilken tidpunkt samtycket upphör att gälla.

Jag samtycker till att uppgifter görs tillgängliga enligt ovan.

Personnummer	Datum
-	
Namnsteckning	Namnförtydligande