

STs a-kassa

Fullmakt

Härmed ger jag, _____,

med personnummer _____

mitt samtycke till att **STs arbetslöshetskassa** lämnar ut de upplysningar som behövs till **Bliwa Skadeförsäkring AB** för att bolaget ska kunna handlägga min ansökan om ersättning.

Samtycket gäller under följande period:

- Tills vidare, tills jag återkallar den.
- Under perioden _____ – _____.

Namnunderskrift

Plats och datum

Skicka in samtycket till:

STs arbetslöshetskassa
Box 5100
102 42 Stockholm