

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (t.ex. 601201-1234)	
Telefonnummer (även riktnr)		Mobiltelefonnummer	
E-post			

2 Sjukskrivning

Sjukanmälningsdag (år-mån-dag)		Om friskanmäld, ange datum (år-mån-dag)	
Sjukpenninggrundande inkomst (årsinkomst) vid insjuknandet			kr
Är sjukskrivningen anmäld som arbetsskada till Försäkringskassan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

3 Yrke (I anställningen som intygas på baksidan av blanketten)

Yrke (t.ex. BETONGARBETARE) (Skriv med STORA bokstäver)	
--	--

4 Annan anställning (Annan anställning än den som intygas på baksidan av blanketten)

Har du fler arbetsgivare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", ange företagets namn
Adress, postnummer och ortnamn	Telefonnummer (även riktnr)
Yrke (t.ex. PERSONLIG ASSISTENT) (Skriv med STORA bokstäver)	
Sjukpenninggrundande inkomst hos denna arbetsgivare vid insjuknandet	kr

5 Ägare/delägare

Var du eller din make (eller registrerad partner) ägare/delägare i företaget vid sjukanmälningsdagen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
--

Skicka alltid med kopia av följande handlingar

- Läkarintyg
- Om du har sjukersättning, skicka med Försäkringskassans beslut

Om du är arbetslös, skicka också med

- Arbetsgivarintyg från din senaste anställning
- Om du haft aktivitetsstöd, skicka med Försäkringskassans intyg för perioden

Information om AFA Försäkrings behandling av personuppgifter finns på www.afaforsakring.se/pul

6 Fullmakt/underskrift Jag lämnar AFA Försäkring följande fullmakt och intygar att lämnade uppgifter är riktiga

Jag medger att AFA Sjukförsäkringsaktiebolag och AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag har rätt att ta del av de uppgifter och handlingar från försäkringsföretag, utländsk försäkringsgivare, arbetsgivare, arbetslöshetskassa, fackförbund samt från Försäkringskassan och andra myndigheter som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.

		Förmyndares personnummer
Om du är under 18 år är det din förmyndare som ska underteckna fullmakten		
Datum (år-mån-dag)	Namnsteckning	Namnförtydligande

Denna sida fylls i av arbetsgivaren

7 Den anställdes sjukanmälningsdag och personnummer

Sjukanmälningsdag (år-mån-dag)		Den anställdes personnr (t.ex. 601201-1234)	
-----------------------------------	--	--	--

8 Anställningsuppgifter

Ange när anställningen började (år-mån-dag)		Om anställningen upphört, ange slutdatum	
Anställningsform			
<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning			
Har den anställda under det senaste året före sjukanmälningsdagen varit frånvarande mer än 6 månader i följd på grund av annan orsak än sjukdom eller föräldradedighet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Om "Ja", ange frånvarotiden	Fr.o.m.		T.o.m.
Frånvarorsak			
Betalas sjuklön under sjukperioden?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, 14 dagar <input type="checkbox"/> Ja, annan tid			
Om "Ja", annan tid, ange vilken period	Fr.o.m.		T.o.m.

9 Yrkeskategori och fackförbund

Ange den anställdes yrkeskategori	<input type="checkbox"/> Arbetare	<input type="checkbox"/> Tjänsteman		
Om anställningen regleras av kollektivavtal, ange fackförbund	<input type="checkbox"/> Byggnadsarbetareförbundet	<input type="checkbox"/> Fastighetsanställdas förbund	<input type="checkbox"/> Handelsanställdas förbund	<input type="checkbox"/> IF Metall
	<input type="checkbox"/> Pappersindustriarbetareförbundet	<input type="checkbox"/> GS (Facket för skogs-, trä- och grafisk bransch)	<input type="checkbox"/> Svenska Elektrikerförbundet	<input type="checkbox"/> Transportarbetareförbundet
Annat fackförbund (Skriv med STORA bokstäver)				

10 Pensionsavtal som den anställda omfattas av

<input type="checkbox"/> SAF-LO	<input type="checkbox"/> KAP	<input type="checkbox"/> Annat, ange pensionsavtal:
---------------------------------	------------------------------	---

11 Företags- och arbetsgivaruppgifter

Försäkringsavtalsnummer		Organisationsnummer	
Företagets fullständiga namn			
Adress		Postnummer	Ortnamn
Arbetsgivarens/handläggarens namn (textas)			Telefonnummer (även riktnr)

12 Arbetsgivarens underskrift

 Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum (år-mån-dag)	Namn-teckning
--------------------	---------------