

**Snabbaste vägen till ersättning - Anmäl på [afaforsakring.se](http://afaforsakring.se) istället.**

**1 Personuppgifter** (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

|                                 |  |                               |  |
|---------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Förnamn och efternamn           |  | Personnummer<br>(ååmmdd-nnnn) |  |
| Telefonnummer (även riktnummer) |  | Mobiltelefonnummer            |  |
| E-post                          |  |                               |  |

**2 Sjukskrivning**

|                                                                                                                                                                                    |  |                                          |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|-----------------------------|
| Sjukanmälningsdag<br>(åååå-mm-dd)                                                                                                                                                  |  | Om friskänmd, ange datum<br>(åååå-mm-dd) |                             |
| Sjukpenninggrundande inkomst (årsinkomst) vid insjuknandet                                                                                                                         |  |                                          |                             |
| Beror sjukskrivningen på ett olycksfall i arbetet?<br>(Ett olycksfall i arbetet är en plötslig, oförutsedd händelse som till exempel att man klämmer sig, snubblar eller skär sig) |  | <input type="checkbox"/> Nej             | <input type="checkbox"/> Ja |

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

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| Yrke (t.ex. BETONGARBETARE)<br>(Skriv med STORA bokstäver) |  |
|------------------------------------------------------------|--|

**4 Ägare/delägare**

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

**5 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<br>(även riktnummer) |                               |
| Yrke (t.ex. PERSONLIG ASSISTENT)<br>(Skriv med STORA bokstäver)                                            |                              |                                    |                               |
| Sjukpenninggrundande inkomst hos denna arbetsgivare vid insjuknandet                                       |                              |                                    |                               |
| Var du eller din make/maka (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

**Utbetalning av ersättning**

Om du får ersättning så betalar vi ut den genom Swedbank. Du behöver ansluta ditt bankkonto på [www.swedbank.se/kontoregister](http://www.swedbank.se/kontoregister)  
Det ska du göra om du har ett konto hos Swedbank eller annan svensk bank. Om du inte ansluter ett konto får du en utbetalningsavi med posten.

**Information om Afa Försäkrings behandling av personuppgifter finns på [www.afaforsakring.se/personuppgifter](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter)**

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|
| Jag medger att Afa Försäkring tjänstepensionsaktiebolag (Afa Försäkring) 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 från Afa Försäkring. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar. |              |                   |
| Datum för underskrift (åååå-mm-dd)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Namnteckning | Namnförtydligande |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                   |

Denna sida fylls i av arbetsgivaren

**För snabbare och enklare hantering, använd våra e-tjänster.**

## 7 Den anställdes sjukanmälningsdag och personnummer

|                                   |  |                                          |  |
|-----------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| Sjukanmälningsdag<br>(åååå-mm-dd) |  | Den anställdes personnr<br>(ååmmdd-nnnn) |  |
|-----------------------------------|--|------------------------------------------|--|

## 8 Anställningsuppgifter

|                                                                                                                                                                                                                                     |         |                                             |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------|--------|
| Ange när anställningen började<br>(åååå-mm-dd)                                                                                                                                                                                      |         | Om anställningen upphört,<br>ange slutdatum |        |
| Anställningsform                                                                                                                                                                                                                    |         |                                             |        |
| <input type="checkbox"/> Tillsviareanställning <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning                                                                                                                                   |         |                                             |        |
| Har den anställda under det senaste året före sjukanmälningsdagen varit frånvarande<br>mer än 6 månader i följd på grund av annan orsak än sjukdom eller föräldraledighet? <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<br>kollektivavtal, ange fackförbund | <input type="checkbox"/> Byggnadsarbetare-<br>förbundet        | <input type="checkbox"/> Fastighetsanställdas<br>förbund                     | <input type="checkbox"/> Handels-<br>anställdas förbund   | <input type="checkbox"/> IF Metall                       |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> Pappersindustri-<br>arbetareförbundet | <input type="checkbox"/> GS (Facket för skogs-,<br>trä- och grafisk bransch) | <input type="checkbox"/> Svenska Elektriker-<br>förbundet | <input type="checkbox"/> Transportarbe-<br>tareförbundet |
| Annat fackförbund<br>(Skriv med STORA bokstäver)                 |                                                                |                                                                              |                                                           |                                                          |

## 10 Pensionsavtal som den anställda omfattas av

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

## 11 Företags- och arbetsgivaruppgifter

|                                                 |            |                                    |  |
|-------------------------------------------------|------------|------------------------------------|--|
| Försäkringsavtalsnummer<br>(7 eller 10 siffror) |            | Organisationsnummer                |  |
| Företagets fullständiga namn                    |            |                                    |  |
| Adress                                          | Postnummer | Ortnamn                            |  |
| Arbetsgivarens/handläggarens namn (textas)      |            | Telefonnummer<br>(även riktnummer) |  |

Information om Afa Försäkrings behandling av personuppgifter finns på [www.afaforsakring.se/personuppgifter](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter)

## 12 Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Datum för underskrift (åååå-mm-dd) | Namnteckning |
|                                    |              |