

Denna sida fylls i av den anställda

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi automatiskt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (ååmmdd-xxxx)	
Telefonnummer (även riktnr)		Mobiltelefonnummer	
E-post			

2 Uppgifter om barnet (Fylls i om anmälan gäller tid efter barnets födelse. OBS! En blankett per barn)

Barnets namn (det barn du sökt föräldrapenning eller graviditetspenning för)	Barnets personnummer (ååmmdd-xxxx)	
--	---------------------------------------	--

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 flera 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 föräldrapenningens eller graviditetspenningens början	kr

5 Ägare/delägare

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

Tar du ut föräldrapenning eller graviditetspenning i olika perioder, så måste du vara anställd och omfattas av försäkringen när varje period börjar.

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 försäringsgivare, 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.		
Datum (åååå-mm-dd)	Namn-teckning	Namn-förtydligande

7 Personnummer och anställningsuppgifter

Den anställdes personnummer (ååmmdd-xxxx)		
Anställningstid	Fr.o.m. (åååå-mm-dd)	T.o.m. (åååå-mm-dd)

8 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)				

9 Pensionsavtal som den anställda omfattas av

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

10 Företags- och arbetsgivaruppgifter

Försäkringsavtalsnummer		Organisationsnummer (t.ex. 999999-9999)	
Företagets fullständiga namn			
Adress		Postnummer	Ortnamn
Arbetsgivarens/handläggarens namn (textas)			Telefonnummer (även riktnr)

11 Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum (åååå-mm-dd)	Namnteckning
--------------------	--------------