

### Anmälan avser försäkringsinformatör

Anmälan avser	<input type="checkbox"/> Ny försäkringsinformatör	<input type="checkbox"/> Ändrade uppgifter
---------------	---	--

### Personuppgifter

Förnamn	Efternamn
---------	-----------

### Arbetsgivare

Arbetsgivare
--------------

### Arbetsplats

Arbetsplats	Avdelning	
Arbets adress	Postnummer	Ort
Telefon arbete	Mobiltelefon	
E-post		

### Representerar fackförbund

<input type="checkbox"/> AkademikerAlliansen	<input type="checkbox"/> Kommunal (se även nedan)	<input type="checkbox"/> OFR
Förbund		
Avdelning		

### Fylls i för Kommunals Försäkringsinformatörer

Kryssa för samtliga informationsuppdrag som Försäkringsinformatören/rådgivaren i fortsättningen ska utbildas för.

Avtalsområde	<input type="checkbox"/> KR	<input type="checkbox"/> ITP	<input type="checkbox"/> LO
Tag bort	<input type="checkbox"/> KR	<input type="checkbox"/> ITP	<input type="checkbox"/> LO
Lägg till	<input type="checkbox"/> KR	<input type="checkbox"/> ITP	<input type="checkbox"/> LO

Afa Försäkring lämnar i förekommande fall ut ditt namn, kontaktuppgifter, arbetsplats, ort, representerat förbund samt genomförda utbildningar till din organisation och förbund, Afa Försäkring delar även namn och e-post till försäkringsinformatörer i din organisation och region efter genomförd grundutbildning i syfte att samverka i uppdraget som försäkringsinformatör.

### Försäkringsinformatör som avgår

Förnamn	Efternamn
E-post	Arbetsgivare

### Intygas av förbundet/avdelningen

Datum	Namn	Telefon
-------	------	---------