

Snabbaste vägen till ersättning - Anmäl på afaforsakring.se istället.

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (ååmmdd-nnnn)	
Telefonnummer (även riktnummer)		Mobiltelefonnummer	
E-post			

2 Sjukskrivning

Sjukanmälningsdag (åååå-mm-dd)		Om friskänmald, ange datum (åååå-mm-dd)	
Sjukpenninggrundande inkomst (årsinkomst) vid insjuknandet			kr
Beror sjukskrivningen på ett olycksfall i arbetet? (Ett olycksfall i arbetet är en plötslig, oförutsedd händelse som till exempel att man klämmer sig, snubblar eller skär sig)			
			☐ Nej ☐ Ja

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

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

4 Ägare/delägare

Var du eller din make/maka (eller registrerad partner) ägare/delägare i företaget vid sjukanmälningsdagen?	☐ Nej ☐ Ja
--	--

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

Har du fler arbetsgivare?	☐ Nej ☐ Ja	Om "Ja", ange företagets namn
Adress, postnummer och ortnamn		Telefonnummer (även riktnummer)
Yrke (t.ex. PERSONLIG ASSISTENT) (Skriv med STORA bokstäver)		
Sjukpenninggrundande inkomst hos denna arbetsgivare vid insjuknandet		kr
Var du eller din make/maka (eller registrerad partner) ägare/delägare i företaget vid sjukanmälningsdagen?		
☐ Nej ☐ 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. 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

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)	Namn-teckning	Namnförtydligande

F0016 001
F0016 24.12

Denna sida fylls i av arbetsgivaren

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

7 Den anställdes sjukanmälningsdag och personnummer

Sjukanmälningsdag (åååå-mm-dd)		Den anställdes personnr (ååmmdd-nnnn)	
-----------------------------------	--	--	--

8 Anställningsuppgifter

Ange när anställningen började (åååå-mm-dd)		Om anställningen upphört, ange slutdatum	
Ange vilket anställningsavtal som gäller för den anställda			
☐ AB	☐ BEA	☐ PAN	☐ RiB
☐ Annat, ange vad:			
Anställningsform			
☐ Tillsvidareanställning	☐ Tidsbegränsad anställning	☐ Intermittent anställning	(Om intermittent anställning gå vidare och fyll i om arbetade dagar i tabellen nedan)
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 föräldraledighet?			
☐ Nej ☐ Ja			
Fr.o.m.		T.o.m.	
Frånvarorsak			
Betalt sjuklön under sjukperioden?			
☐ Nej ☐ Ja, 90 dagar ☐ Ja, annan tid			
Om "Ja", annan tid, ange vilken period		Fr.o.m.	T.o.m.

Fylls i vid intermittent anställning, ange arbetade dagar.

Ange vilket år och hur många dagar den anställda har arbetat under respektive månad under den tvåårsperiod som närmast föregått sjukskrivningsperioden.	År	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec

9 Pensionsavtal som den anställda omfattas av

☐ KAP-KL	☐ AKAP-KR/	☐ AKAP-KL	☐ PFA	☐ Annat, ange pensionsavtal:
---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------	---

10 Företags- och arbetsgivaruppgifter

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

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

11 Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning