

Försäkringsgivare är AFA Sjukförsäkringsaktiebolag

Fylls i av den anställda

Förnamn och efternamn		Personnummer
Adress		Telefon dagtid (även riktnr)
Postnummer	Ortnamn	Annat telefonnummer (även riktnr)
Barnets namn (det barn du sökt föräldraledighet för)		Barnets personnummer

Försäkringen gäller för dagar med föräldrapenning som tas ut från och med 1 januari 2000 - även om barnet är fött före detta datum. Ändrar du på din planerade föräldraledighet måste du anmäla det till AFA.

Fyll i den period du fått föräldrapenning eller planerar föräldraledighet för. Kryssa för de veckodagar och omfattning per dag som gäller för den valda perioden.

Om du valt att vara ledig olika veckodagar eller tar ut olika omfattningar under en och samma period måste du fylla i flera rader. Fyll även i totalt antal dagar för varje period/rad.

Perioder med uttagen föräldraledighet

Period		Må	Ti	On	To	Fr	Lö	Sö	Hel	3/4	1/2	1/4	1/8	Totalt antal dagar
Fr o m (år, mån, dag)	T o m (år, mån, dag)													

Perioder med planerad föräldraledighet

Anmäl innevarande års föräldraledighet innan årsskiftet, så kommer pensionspremien att föras över till vald förvaltare vid samma tidpunkt som om du arbetade.

Period		Må	Ti	On	To	Fr	Lö	Sö	Hel	3/4	1/2	1/4	1/8	Totalt antal dagar
Fr o m (år, mån, dag)	T o m (år, mån, dag)													

Original: Lennart Bergman, AFA Tryck: Rotiform AB

AFA F0117 03.07 1

Vänd!

Fylls i av den anställda (forts)

Sjukpenninggrundande årsinkomst vid föräldraledighetens början	kr	Ändrad sjukpenninggrundande årsinkomst	kr	Fr o m
Yrke/sysselsättning (skriv med STORA bokstäver)				
Har du fler arbetsgivare?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Om "Ja" - ange Namn	Adress	Postnummer och ort		
Yrke/sysselsättning	Sjukpenninggrundande årsinkomst hos denna vid anmäld periods början			

Var du (del-) ägare i företaget när du blev föräldraledig?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Var du maka/make/registrerad partner till (del-) ägare i företaget när du blev föräldraledig?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Fylls i om anmälan gäller förlängning av tidigare anmäld föräldraledighet till Premiefrielseförsäkringen

<input type="checkbox"/> Jag har samma arbetsgivare som vid min tidigare anmälan
--

Tar du ut föräldraledigheten i olika perioder, måste du vid varje periods början ha din anställning kvar eller omfattas av försäkringen i en ny anställning.

Har du bytt arbetsgivare måste din nuvarande arbetsgivare fylla i uppgifterna nedan och skriva under anmälan.

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

Fullmakt för AFA (AFA Livförsäkringsaktiebolag, AFA Sjukförsäkringsaktiebolag och AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag) att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa eller andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de	uppgifterna och handlingar som kan vara nödvändiga för bedömning av min rätt till ersättning. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till AFA oavsett bestämmelserna i 7 kap sekretesslagen (1980:100).
Datum (år, mån, dag)	Namnteckning

Fylls i av arbetsgivaren

Anställningstid	Fr o m (exempel: 2003-03-01)	T o m	Den anställdes personnummer
-----------------	------------------------------	-------	-----------------------------

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"/> Handelsanställdas förbund	<input type="checkbox"/> Industrifacket	<input type="checkbox"/> Metallindustriarbetareförbundet
Annat fackförbund (skriv med STORA bokstäver)				

Pensionsavtal som den anställda omfattas av	<input type="checkbox"/> Avtalspension SAF-LO	<input type="checkbox"/> Kooperationens avtalspension (KAP)
Annat pensionsavtal		

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

Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum (år, mån, dag)	Namnteckning
----------------------	--------------