



## Fylls i av den försäkrade

Vilket fackförbund/erkänd a-kassa tillhör du?		Telefon, även riktnummer	
Har du ansökt om sjukpenning?	Om Ja, ange omfattning i %	Om Ja, vilket beslut har du fått?	Datum
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Inget beslut <input type="checkbox"/> Avslag <input type="checkbox"/> Bifall	
Har du ansökt om sjukersättning?	Om Ja, ange omfattning i %	Om Ja, vilket beslut har du fått?	Datum
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Inget beslut <input type="checkbox"/> Avslag <input type="checkbox"/> Bifall	
Har du ansökt om tidsbegränsad sjuk-/aktivitetsersättning?	Om Ja, ange omfattning i %	Om Ja, vilket beslut har du fått?	Datum
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange omfattning		<input type="checkbox"/> Inget beslut <input type="checkbox"/> Avslag <input type="checkbox"/> Bifall	
Har du avgångsvederlag?	Om Ja, ange start- och slutdatum för ersättningen.		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Har du fått ny tillsvidareanställning?	Om Ja, ange företagets namn	Anställningsdatum	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Har du påbörjat/planerat en utbildning?	Om Ja, ange utbildningsenhet/skola	Utbildningstid	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Är du berättigad till ersättning från Trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA)		Övriga kommentarer	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

## Jag har haft följande anställningar de senaste tio åren

Arbetsgivarens namn och adress			
Anställningstid, från år, månad, dag	till och med år, månad, dag	Orsak till anställningens upphörande	Om annat: Vilken anledning?
		<input type="checkbox"/> Arbetsbrist <input type="checkbox"/> Konkurs <input type="checkbox"/> Annat	
Arbetsgivarens namn och adress			
Anställningstid, från år, månad, dag	till och med år, månad, dag	Orsak till anställningens upphörande	Om annat: Vilken anledning?
		<input type="checkbox"/> Arbetsbrist <input type="checkbox"/> Konkurs <input type="checkbox"/> Annat	
Arbetsgivarens namn och adress			
Anställningstid, från år, månad, dag	till och med år, månad, dag	Orsak till anställningens upphörande	Om annat: Vilken anledning?
		<input type="checkbox"/> Arbetsbrist <input type="checkbox"/> Konkurs <input type="checkbox"/> Annat	
Arbetsgivarens namn och adress			
Anställningstid, från år, månad, dag	till och med år, månad, dag	Orsak till anställningens upphörande	Om annat: Vilken anledning?
		<input type="checkbox"/> Arbetsbrist <input type="checkbox"/> Konkurs <input type="checkbox"/> Annat	

## Övriga noteringar


## Underskrift av den försäkrade

Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgiftersom försäkringstagaren eller den försäkrade lämnat Folksam. Om oriktiga eller ofullständiga uppgifter lämnas, kan försäkringen bli helt eller delvis ogiltig. Härmed intygar jag mina lämnade uppgifter är riktiga.

Den försäkrades namn	Personnummer (10 siffror)
Ort och datum	Telefon, även riktnummer
Den försäkrades underskrift	Namnförtydligade
E-post och telefon	

Sidan skickas tillsammans med arbetsgivarens blankett (sid.1).  
Underskriven blankett av arbetsgivare och försäkringstagare skickas in av arbetsgivaren.