

Fylls i av Folksam

Akt ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Var vänlig skriv tydligt, blanketten läses maskinellt.

Fylls alltid i																			
Personnr*										Arbetsgivarnr									
													0	1	-				

*ÅÅÅÅMMDDNNNN (12 siffror)

Anges med 5 siffror

För en snabb och korrekt handläggning måste samtliga uppgifter fyllas i. Vänligen bifoga förhandlingsprotokoll eller uppsägningsbesked. På folksam.se kan du fylla i blanketten direkt innan du skriver ut den.



Uppgifter om den försäkrade

Den försäkrades namn								Personnummer (10 siffror)					
Adress					Postnummer och ort								
Ordinarie arbetstid per vecka, timmar				Anställd från och med år, månad, dag			Anställd till och med år, månad, dag						
Har den försäkrade jobbat mindre än 832 tim. per kalenderår de senaste sex åren? Om ja, ange nedan i kronologiskordning årtal och antal utförda arbetstimmar per år													
<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedanstående tabell											
		År 1		År 2		År 3		År 4		År 5	År 6, avgångsåret		År 6 avser det år då anställningen upphör
Årtal		Antal timmar		Antal timmar		Antal timmar		Antal timmar		Antal timmar		Antal timmar	
Inarbetade timmar under resp. år.													
OBS. Om den sökande inte uppnått 40 års ålder vid sista anställningsdagen, behövs uppgifter längre tillbaka i tiden.													
		År 7		År 8		År 9		År 10		År 11		År 12	
Årtal		Antal timmar		Antal timmar		Antal timmar		Antal timmar		Antal timmar		Antal timmar	
Inarbetade timmar under resp. år.													

Uppgifter om arbetsgivaren (fylls i av arbetsgivaren)

Arbetsgivarens namn								Telefon, även riktnummer	
Adress					Postnummer och ort				
Kontaktperson hos arbetsgivaren (ev. konkursförvaltares namn och adress)								Telefon, även riktnummer	
E-post									

Överlåtelse

Har rörelsen eller del därav överlåtits eller utarrenderats eller planerar ni att göra det?									
<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja							
Har den försäkrade erbjudits anställning hos övertagaren?						Om tackat nej, ange orsak			
<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Har erbjudits anställning					
Orsak									
Övertagarens namn							Telefon, även riktnummer		
Adress					Postnummer och ort				

Underskrift av arbetsgivaren

Kom ihåg att skicka med förhandlingsprotokollet eller uppsägningsbeskedet.

Härmed intygas att lämnade uppgifter är riktiga. Om oriktiga eller ofullständiga uppgifter lämnas kan försäkringen bli helt eller delvis ogiltig. Arbetsgivaren förbinder sig snarast skriftligen underrätta Folksam om ändring i ovan angivna förhållanden inträffar.

Datum									
Arbetsgivarens (ev. konkursförvaltares) underskrift					Namnförtydligande				

Den underskrivna blanketten skickas in till: Folksam, Trygghetsfonder E06, 106 60 Stockholm, tillsammans med sida 2, som skrivs under av den försäkrade.

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.