

Anmälan avser försäkringsinformatör

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

Personuppgifter

Förnamn	Efternamn
Telefon arbete	Mobiltelefon
Personlig e-post arbete	

Arbetsgivare

Arbetsgivare

Arbetsplats

Arbetsplats	Avdelning	
Arbetets adress	Postnummer	Ort

Representerar fackförbund

<input type="checkbox"/> AkademikerAlliansen	<input type="checkbox"/> Kommunal	<input type="checkbox"/> OFR
Förbund		
Avdelning		

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

Intyg av förbundet/avdelningen

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