

Fyll i blanketten digitalt eller texta tydligt!  
För mer information – se sida 4

**Arbetslöshetskassa**

Fyll i namn på den arbetslöshetskassa som anmälan avser.

|              |
|--------------|
| Företagsnamn |
|--------------|

**Kontaktuppgifter**

Fyll i anmälarens namn och kontaktuppgifter.

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| För- och efternamn |               |
| E-postadress       | Telefonnummer |

**Företrädare\* som ska avregistreras**

Fyll i personnummer, namn och för företrädare som ska avregistreras och ange orsak till avregistreringen. *Bifoga underlag.*

|                                                                                                                                       |                   |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Person-/organisationsnummer                                                                                                           | Namn/företagsnamn | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant |
| Orsak<br><input type="checkbox"/> Avslutat uppdrag <input type="checkbox"/> Egen avgång <input type="checkbox"/> Obehörig/annan orsak |                   |                                                                               |
| Person-/organisationsnummer                                                                                                           | Namn/företagsnamn | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant |
| Orsak<br><input type="checkbox"/> Avslutat uppdrag <input type="checkbox"/> Egen avgång <input type="checkbox"/> Obehörig/annan orsak |                   |                                                                               |
| Person-/organisationsnummer                                                                                                           | Namn/företagsnamn | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant |
| Orsak<br><input type="checkbox"/> Avslutat uppdrag <input type="checkbox"/> Egen avgång <input type="checkbox"/> Obehörig/annan orsak |                   |                                                                               |
| Person-/organisationsnummer                                                                                                           | Namn/företagsnamn | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant |
| Orsak<br><input type="checkbox"/> Avslutat uppdrag <input type="checkbox"/> Egen avgång <input type="checkbox"/> Obehörig/annan orsak |                   |                                                                               |

**Styrelseledamöter**

Fyll i personuppgifter och roll för nya eller omvalda styrelseledamöter stämman valt eller arbetstagarorganisation utsett. *Bifoga stämmaprotokoll där beslut om ändringen framgår.*

|              |                                                                               |                                                                                                     |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämموالد <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                     |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                             |
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämموالد <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                     |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                             |
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämموالد <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                     |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                             |

**Styrelseledamöter, fortsättning**

Fyll i personuppgifter och roll för nya eller omvalda styrelseledamöter stämman valt eller arbetstagarorganisation utsett. *Bifoga stämmaprotokoll där beslut om ändringen framgår.*

|              |                                                                               |                                                                                                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämмоvald <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                      |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                              |

|              |                                                                               |                                                                                                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämмоvald <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                      |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                              |

|              |                                                                               |                                                                                                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämмоvald <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                      |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                              |

|              |                                                                               |                                                                                                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämмоvald <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                      |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                              |

|              |                                                                               |                                                                                                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämмоvald <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                      |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                              |

|              |                                                                               |                                                                                                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämмоvald <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                      |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                              |

|              |                                                                               |                                                                                                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämмоvald <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                      |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                              |

|              |                                                                               |                                                                                                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnummer | Roll<br><input type="checkbox"/> Ordinarie <input type="checkbox"/> Suppleant | Tillsättning<br><input type="checkbox"/> Stämмоvald <input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant |
| Efternamn    | Förnamn                                                                       |                                                                                                      |
| Postadress   | Postnummer                                                                    | Postort                                                                                              |

**Kassaföreståndare**

Fyll i personuppgifter för ny kassaföreståndare som styrelsen utsett. *Bifoga styrelseprotokoll där beslut om ändringen framgår.*

|              |            |         |
|--------------|------------|---------|
| Personnummer | Efternamn  | Förnamn |
| Postadress   | Postnummer | Postort |

**Firmatecknare**

Fyll i personuppgifter för nya firmatecknare som styrelsen bemyndigat. *Bifoga styrelseprotokoll där beslut om ändringen framgår.*

|              |            |         |
|--------------|------------|---------|
| Personnummer | Efternamn  | Förnamn |
| Postadress   | Postnummer | Postort |
| Personnummer | Efternamn  | Förnamn |
| Postadress   | Postnummer | Postort |
| Personnummer | Efternamn  | Förnamn |
| Postadress   | Postnummer | Postort |

**Firmateckning\***

Obligatorisk upplysning om lagreglerad firmateckningsrätt.

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Firman tecknas av styrelsen. Dessutom har kassaföreståndaren rätt att teckna firman beträffande löpande förvaltningsåtgärder. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fyll i hur arbetslöshetskassans firma tecknas enligt styrelsebeslut. Kryssa för och fyll i samtliga aktuella alternativ. *Bifoga styrelseprotokoll där beslut om ändringen framgår.*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Enskild firmateckningsrätt: Ange för- och efternamn separerade med komma</p> <p><input type="checkbox"/> Firman tecknas av .</p> <p>Enkel kollektiv firmateckningsrätt: Ange "två" eller högre antal samt för- och efternamn separerade med komma</p> <p><input type="checkbox"/> Firman tecknas i förening av .</p> <p>Avancerad kollektiv firmateckningsrätt: Ange "en" eller högre antal samt för- och efternamn separerade med komma</p> <p><input type="checkbox"/> Firman tecknas av av i förening med av .</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Övrigt**

Fyll i ytterligare uppgifter av betydelse för ärendet. *Ange t.ex. om protokoll från stämma eller styrelsemöte eller annat underlag till styrkande av anmälda förhållanden inte är färdigställda eller tillgängliga än, ange även vilka handlingar ni kommer skicka senare och när.*

|  |
|--|
|  |
|--|

**Försäkran och intygande**

Obligatorisk försäkran

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input checked="" type="checkbox"/> Jag/vi som undertecknar försäkrar att de anmälda företrädarna inte är i konkurs eller har förvaltare enligt 11 kap. 7 § föräldrabalken.</p> <p>Den anmälade arbetslöshetskassan antas även ha kontrollerat övriga behörighetskrav för företrädarna enligt 17, 21 och 22 §§ LAK, att arbetstagarrepresentanternas har utsetts i behörig ordning enligt lagen (1987:1245) om styrelserepresentation för de privatanställda och att alla företrädare åtagit sig uppdragen.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Underskrift/er\***

Kassaföreståndarens underskrift eller registrerad/-e firmatecknares underskrift/-er

|       |               |                    |
|-------|---------------|--------------------|
| Datum | Namn-teckning | Namn-förtydligande |
|       |               |                    |

## Information

### Allmänt

Denna blankett är avsedd att användas när förändringar skett gällande:

- styrelseledamot (ordinarie och suppleant)
- kassaföreståndare och/eller
- firmatecknare.

### Begreppsförklaring

Med företrädare avses styrelseledamöter, firmatecknare och kassaföreståndare.

### Orsak till avregistrering

- "*Avslutat uppdrag*" ska anges då en styrelseledamots mandattid enligt stadgarna och 18 § LAK fullgjorts eller uppdraget upphört i förtid enligt 19 § LAK samt då uppdrag som kassaföreståndare enligt 21 § LAK eller bemyndigande för firmatecknare enligt 22 § LAK upphört.
- "*Egen avgång*" eller meddelande från företrädaren själv om egen avgång.
- "*Obehörig/annan orsak*" ska anges då arbetslöshetskassan fått kännedom om att det uppstått hinder för en företrädare att ha uppdraget enligt behörighetsreglerna i 17, 21 och 22 §§ LAK och exempelvis vid dödsfall.

### Firmateckning

- *Enskild* firmateckningsrätt innebär att de bemyndigade ensamma kan företräda arbetslöshetskassan.
- *Enkel kollektiv* firmateckningsrätt innebär att två eller ett högre antal av företrädarna tillsammans kan teckna arbetslöshetskassans firma. Exempelvis kan två av vissa styrelseledamöter och kassaföreståndaren ges firmateckningsrätt på detta vis.
- *Avancerad kollektiv* firmateckningsrätt innebär att en eller ett högre antal av vissa företrädare tillsammans med en eller ett högre antal av vissa andra företrädare kan teckna arbetslöshetskassans firma. Exempelvis kan en av vissa styrelseledamöter och kassaföreståndare tillsammans med en av vissa tjänstepersoner ges firmateckningsrätt på detta vis.

IAF registrerar firmateckningen som den formuleras i blanketten med nödvändiga redaktionella ändringar.

### Underskrift

Anmälan kan skrivas under fysiskt eller digitalt.

Om anmälan skrivs under digitalt ska det göras med en elektronisk underskrift som uppfyller kraven enligt eIDAS-förordningen (Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 910/2014 av den 23 juli 2014 om elektronisk identifiering och betrodda tjänster för elektroniska transaktioner på den inre marknaden och om upphävande av direktiv 1999/93/EG).

### Inlämnande av anmälan

Anmälan kan skickas in digitalt via Mina sidor eller fysiskt till postadress:

Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen  
Box 210  
641 22 Katrineholm