

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (exempel: 601201-1234)
Telefon dagtid (även riktnr)	Mobiltelefon	E-post

2 Fylls alltid i

Yrke (Skriv med STORA bokstäver)	Sjuknämningdag (år-mån-dag)		Om friskänmd, ange datum
Har skadan orsakat sjukfrånvaro? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			När sökte du läkare första gången?
Skadeorsak <input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel)	<input type="checkbox"/> Arbetssjukdom (t.ex. hörselnedsättning, ekse)		
Diagnos (Vid olycksfall, ange skadans art och skadad kroppsdel. Vid annat än olycksfall, ange typ av besvär)			
Var har du behandlats? (Ange namn och adress till alla sjukvårdsinrättningar)		Har du varit inlagd på sjukhus på grund av skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
		Om "Ja", ange fr.o.m. - t.o.m.	

3 Fylls i om skadan beror på olycksfall i arbetet eller färd i samband med arbetet

Var inträffade olyckan? <input type="checkbox"/> På ordinarie arbetsplats <input type="checkbox"/> På annan plats		Om olyckan inträffade på annan plats - ange var	
<input type="checkbox"/> Vid färd i tjänsten <input type="checkbox"/> Vid färd till eller från arbetet		Hur färdades du och var inträffade olyckan?	
När inträffade olyckan?	Klockslag	Börjar	Slutar
Ordinarie arbetstid			
Vad höll du på med när olyckan inträffade? (Ange arbetsuppgift, maskin, material, verktyg som använts etc)			
Vad orsakade olyckan? Vad gjorde du dig illa på? (T.ex. jag slant med kniven. Jag skar mig på kniven.)			
Om "Ja", ange summa			
Har du haft kostnader p.g.a. skadan? (T.ex. läkarvård, sjukgymnastik)		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	kr
Finns annan försäkring för skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Årsinkomst vid sjukperiodens början	kr

4 Fylls i om du vid skadetillfället hade fler arbetsgivare eller egen verksamhet

Företagets namn och adress	Postnummer och ortnamn
----------------------------	------------------------

Information om AFA Försäkrings behandling av personuppgifter finns på www.afaforsakring.se/pul

5 Fullmakt/underskrift Jag lämnar AFA Försäkring följande fullmakt och intyggar att lämnade uppgifter är riktiga

Jag medger att AFA Sjukförsäkringsaktiebolag och AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag har rätt att ta del av de uppgifter och handlingar från försäkringsföretag, utländsk försäkringsgivare, arbetsgivare, arbetslöshetskassa, fackförbund samt från Försäkringskassan och andra myndigheter som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.		
		Förmyndares personnummer
Om du är under 18 år är det din förmyndare som ska underteckna fullmakten		
Datum (år-mån-dag)	Namnsteckning	Namnförtydligande

Skicka med kopia av följande handlingar (häfta inte ihop bilagor)

- Läkarintyg för alla sjukperioder
- Arbetsskadeanmälan som skickas till Försäkringskassan
- Polisanmälan vid anmälan av rån, hot eller misshandel

Övriga upplysningar kan lämnas på separat bilaga

Denna sida fylls i av arbetsgivaren som du hade vid skadedagen (fylls i även om du är företagets ägare eller delägare)

6 Företags- och arbetsgivaruppgifter

Försäkringsavtalsnummer	Organisationsnummer	Den anställdes personnummer (Ex:601201-1234)
Företagets fullständiga namn		Adress
Postnummer	Ortnamn	
Arbetsgivarens/handläggarens namn (textas)		Telefon (även riktnr)
Namn, besöksadress och telefon till arbetsstället där skadan inträffade (fylls endast i om skadeplatsen var annan än ovan)		

7 Anställningsuppgifter

Anställningstid	Fr.o.m. (år-mån-dag)	T.o.m.
Anställningsform	Ange vad	
<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Annan
Har den anställda rätt till sjuklön/redarskyddad tid?	<input type="checkbox"/> Ja, 14 dagar (enligt lag)	<input type="checkbox"/> Ja, 90 dagar (enligt lag/avtal) <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Annan tid
Vid annan tid ange antal dagar eller period	Antal dagar	Fr.o.m. T.o.m.
Var den skadade eller dennes make (eller registrerad partner) ägare/delägare i företaget när skadan inträffade?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

8 För anställd inom privat eller kooperativ sektor

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"/> Fastighetsanställdas förbund	<input type="checkbox"/> Handelsanställdas förbund	<input type="checkbox"/> IF Metall
	<input type="checkbox"/> Pappersindustriarbetareförbundet	<input type="checkbox"/> Unionen	<input type="checkbox"/> GS (Facket för skogs-, trä- och grafisk bransch)	<input type="checkbox"/> Transportarbetareförbundet
Annat fackförbund (skriv med STORA bokstäver)				

9 Fylls i om avtal med AFA Sjukförsäkringsaktiebolag har tecknats

Har den anställda under det senaste året före sjuknämningdagen varit frånvarande mer än 6 månader i följd p.g.a. annan orsak än sjukdom/föräldradighet?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Om "Ja", ange frånvarotid	Fr.o.m.	T.o.m.	Orsak

10 Pensionsavtal som den anställda omfattas av

<input type="checkbox"/> Avtalspension SAF-LO	<input type="checkbox"/> Kooperationsavtalspension, KAP	<input type="checkbox"/> KollektivAvtalad Pension, KAP-KL	<input type="checkbox"/> PFA	<input type="checkbox"/> ITP	Annat pensionsavtal
---	---	---	------------------------------	------------------------------	---------------------

11 Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum (år-mån-dag)	Namnteckning

Postadress	Besöksadress	Kundcenter	Telefon vx	Internet	Organisationsnr
AFA Försäkring	Klara Södra Kyrkogata 18	0771-88 00 99	08-696 40 00	www.afaforsakring.se	516401-8615
106 27 Stockholm			Telefax		
			08-696 45 45		