

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| Den avlidnes förnamn och efternamn | Personnummer (ååmmdd-nnnn) |
| Dödsdatum (åååå-mm-dd) | |

2 Fylls alltid i

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| Yrke (Skriv med STORA bokstäver) | | Sjukanmälningsdag (åååå-mm-dd) |
| Har sjukdomen/olycksfallet orsakat sjukfrånvaro? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | |
| Anmälan avser <input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel) <input type="checkbox"/> Arbetsjukdom (till exempel cancer) | | |
| Diagnos (Vid olycksfall, ange skadans art och skadad kroppsdel. Vid annat än olycksfall, ange typ av besvär) | | |
| Var har den avlidne behandlats? (Ange namn och adress till alla vårdgivare) | | |
| Har den avlidne varit inlagd på sjukhus på grund av skadan? Om "Ja", ange från och med -- till och med <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | |
| Vad har orsakat dödsfallet? | | |

3 Fylls i om dödsfallet 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 den avlidne och var inträffade olyckan? |
| När inträffade olyckan? Klockslag | Börjar Slutar |
| Ordinarie arbetstid | |
| Vad höll den avlidne på med när olyckan inträffade? (Ange arbetsuppgift, maskin, material, verktyg som använts etc.) | |
| Finns annan försäkring för skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | |
| Om "Ja", ange försäkringsbolag | |

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

| | | |
|--------------------------------------|------------|---------|
| Företagets namn och utdelningsadress | Postnummer | Ortnamn |
|--------------------------------------|------------|---------|

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

5 Underskrift Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga

| | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Datum för underskrift (åååå-mm-dd) | Namnteckning | Namnförtydligande |
| Relation till den avlidne | Telefon dagtid (även riktnummer) | Mobiltelefon |
| Utdelningsadress | Postnummer | Ortnamn |

Övriga upplysningar kan lämnas på separat bilaga

Denna sida fylls i av arbetsgivaren som den avlidne hade vid skadedagen
(fylls i även om den avlidne var företagets ägare eller delägare)

6 Företags- och arbetsgivaruppgifter

| | | |
|--|---------------------------|---|
| Försäkringsavtalsnummer (7 eller 10 siffror) | Organisationsnummer | Den anställdes personnummer (ååmmdd-nnnn) |
| Företagets fullständiga namn | Adress | |
| Postnummer | Ortnamn | |
| Arbetsgivarens/handläggarens namn (textas) | Telefon (även riktnummer) | |
| Namn, besöksadress och telefon till arbetsstället där skadan inträffade (fylls endast i om skadeplatsen var annan än ovan) | | |
| | | |
| | | |

7 Anställningsuppgifter

| | | |
|--|--|--|
| Anställningstid | Från och med (åååå-mm-dd) | Till och med (åååå-mm-dd) |
| Anställningsform | Ange vad | |
| <input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning | <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning | <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Annan |
| Har den anställde 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 | Från och med (åååå-mm-dd) Till och med (åååå-mm-dd) |
| Var den skadade eller dennes make/maka (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 om Avtalsgruppsjukförsäkring (AGS/AGS-KL) har tecknats med Afa Försäkring

| | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|-------|
| Har den anställde under det senaste året före sjuknämningensdagen varit frånvarande mer än 6 månader i följd p.g.a. annan orsak än sjukdom/föräldraledighet? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Om "Ja", ange frånvarotid | Från och med (åååå-mm-dd) | Till och med (åååå-mm-dd) | Orsak |

10 Pensionsavtal som den anställde omfattas av

| | | | | | | |
|---|--|---|---|------------------------------|------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Avtalspension SAF-LO | <input type="checkbox"/> Gemensam tjänstepension GTP | <input type="checkbox"/> KollektivAvtalad Pension, KAP-KL | <input type="checkbox"/> AKAP-KR/ AKAP-KL | <input type="checkbox"/> PFA | <input type="checkbox"/> ITP | Annat pensionsavtal |
|---|--|---|---|------------------------------|------------------------------|---------------------|

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

11 Arbetsgivarens underskrift - Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Datum för underskrift (åååå-mm-dd) | Namnteckning |
|------------------------------------|--------------|

F7006 001 2

Postadress
Afa Försäkring
106 27 Stockholm

Besöksadress
Klara Södra Kyrkogata 18

Kundservice
www.afaforsakring.se
0771-88 00 99

Organisationsnummer
502033-0642