

**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)		Sjukanmälningdag (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 (t.ex. 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 sjukvårdsinrättningar)		
Har den avlidne varit inlagd på sjukhus på grund av skadan?   Om "Ja", ange fr.o.m. - t.o.m.		
<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? <input type="text"/>	Klockslag <input type="text"/> Börjar <input type="text"/> Slutar <input type="text"/>
Ordinarie arbetstid <input type="text"/>	
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 <input type="text"/>	

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

Företagets namn och utdelningsadressadress	Postnummer	Ortnamn
--	------------	---------

Information om AFA Försäkrings behandling av personuppgifter finns på [www.afaforsakring.se/personuppgifter/forsakrad](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter/forsakrad)

**5 Underskrift** Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga

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

Övriga upplysningar kan lämnas på separat bilaga

Punkt 6-9 fylls i av arbetsgivaren

**6 Arbetsgivarens uppgifter**

Organisationsnummer	Den anställdes personnummer (ååmmdd-nnnn)
Arbetsgivarens namn	Adress
Postnummer	Ortnamn
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. (åååå-mm-dd)	T.o.m.	
Anställningsform	Ange vad		
<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning	<input type="checkbox"/> Intermittent	<input type="checkbox"/> Annan

**8 Arbetsgivarens övriga uppgifter**

--

Information om AFA Försäkrings behandling av personuppgifter finns på [www.afaforsakring.se/personuppgifter/arbetsgivare](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter/arbetsgivare)

**9 Underskrift**

Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum (åååå-mm-dd) för underskrift	Arbetsgivarens underskrift (beslutande)		
Tjänsteställning	Namnförtydligande	Telefon (även riktnr)	Ev yttrande på bilaga nr
<input type="checkbox"/> Skyddsombudet har informerats			

**Övriga upplysningar**

--

F7098 W 001 2

Postadress	Besöksadress	Kundcenter	Telefon vx	Internet	Org-nr
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		