

### Denna sida fylls i av den anställda

Förnamn och efternamn		Personnummer (exempel: 601201-1234)
Adress		Telefon dagtid (även riktnr)
Postnummer	Ortnamn	Annat telefonnummer (även riktnr)
Yrke/sysselsättning (Skriv med STORA bokstäver)		
Sjukpenninggrundande årsinkomst (vid sjukperiodens början)	kr	

### Fylls alltid i

Har skadan orsakat sjukfrånvaro? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukanmälningsdag (ex: 2004-01-15)	Om friskänmd, ange datum
Skadeorsak <input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel)	<input type="checkbox"/> Arbetssjukdom (t ex hörselnedsättning, eksem)	När sökte du läkare första gången?
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 samtliga 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

### 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 sysslade du med när olyckan inträffade? (ange arbetsuppgift, maskin, material, verktyg som använts etc)		
Vad orsakade olyckan? (vad gick på tok)		
Vad gjorde du dig illa på? (hur uppstod skadan)		
Finns annan försäkring för skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", ange försäkringsbolag och skadenr (om motordrivet fordon - regnr, fordonsslag och ägare)	

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

Företagets namn och adress	Postnummer och ortnamn
Yrke/sysselsättning	Sjukpenninggrundande årsinkomst hos denna arbetsgivare

### Fullmakt/underskrift Jag lämnar AFA Försäkring följande fullmakt och intygar att lämnade uppgifter är riktiga

Fullmakt för AFA Försäkring (AFA Livförsäkringsaktiebolag, AFA Sjukförsäkringsaktiebolag och AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag) att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, Försäkringskassan, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa eller andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar och handlingar som kan vara nödvändiga för bedömning av min rätt till ersättning. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till AFA Försäkring oavsett bestämmelserna i 7 kap sekretesslagen (1980:100).	
Datum (år, mån, dag)	Namnteckning

### Skicka med kopia av följande handlingar (häfta ej ihop bilagor)

- Läkarintyg för samtliga sjukperioder
- Kvitton om du har haft kostnader för t ex läkarvård och sjukgymnastik
- Arbetsskadeanmälan som skickas till Försäkringskassan

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)

### 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)		
Arbetsställenummer (anges endast om företaget har flera arbetsställen)	Ange eventuell SNI-kod	
Huvudsaklig verksamhet vid arbetsstället/företaget		

### Anställningsuppgifter

Anställningstid (oavsett anställningsform)	Fr o m (exempel: 1993-03-01)	T o m		
Anställningsform	Ange vad			
<input type="checkbox"/> Tillvidareanställd	<input type="checkbox"/> Timanställd	<input type="checkbox"/> Visstidsanställd	<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 ägare/delägare i företaget när skadan inträffade?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Var den skadade maka/make/registerad partner till ägare/delägare i företaget när skadan inträffade?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		

### 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"/> Facket för skogs-, trä- och grafisk bransch	<input type="checkbox"/> Transportarbetareförbundet
Annat fackförbund (skriv med STORA bokstäver)				

### 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 pga annan orsak än sjukdom/föräldraledighet?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Om "Ja", ange frånvarotid	Fr o m	T o m	Orsak

### Pensionsavtal som den anställda omfattas av

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

### Arbetsgivarens underskrift

Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum (år, mån, dag)	Namn-teckning
----------------------	---------------

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		