

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"/> Arbetsjukdom (t ex hörselnedsättning, eksem)	
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
- ▮ Arbetskskadeanmälan 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)			
Arbetsställesnummer (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	
Ange vad			
Anställningsform	<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställd	<input type="checkbox"/> Timanställd	<input type="checkbox"/> Visstidsanställd <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	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/registrerad 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"/> Byggnads- arbetareförbundet		<input type="checkbox"/> Fastighets- anställdas förbund
<input type="checkbox"/> Handels- anställdas förbund	<input type="checkbox"/> IF Metall	<input type="checkbox"/> Pappersindustri- arbetareförbundet	<input type="checkbox"/> SIF <input type="checkbox"/> Skogs- och Träfacket <input type="checkbox"/> Transport- arbetareförbundet
Annat fackförbund (skriv med STORA bokstäver)			

Fylls i om avtal med AFA Sjukförsäkringsaktiebolag har tecknats

Har den anställde under det senaste året före sjukanmälningsdagen varit frånvarande mer än 6 månader i följd pga annan orsak än sjukdom/föräldradidighet?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Om "Ja", ange frånvarotid	Fr o m	T o m	Orsak

Pensionsavtal som den anställde 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)	Namnteckning
----------------------	--------------

AFA F7007 06.07 2

Postadress	Besöksadress	Telefon TFA	Telefax	Telefon Blankettbeställning	Organisationsnr
AFA Försäkring	Klara Södra Kyrkogata 18	08-696 40 02		08-696 46 56	
106 27 Stockholm		Telefon vx		Internet	
		08-696 40 00	08-696 45 45	www.afaforsakring.se	516401-8615