

**Denna sida fylls i av den anställda** (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (exempel: 601201-1234)	
Telefon dagtid (även riktnr)	Mobiltelefon	E-post	
Yrke/sysselsättning (Skriv med STORA bokstäver)			

**1 Fylls alltid i**

Har skadan orsakat sjukfrånvaro? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukanmälningdag (år-mån-dag)	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.	

**2 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
	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	Årsinkomst vid sjukperiodens början
	kr

**3 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](http://www.afaforsakring.se/pul)

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

Jag medger att AFA Försäkring (AFA Sjukförsäkringsaktiebolag, AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag och AFA Livförsäkringsaktiebolag), har rätt att av läkare och annan vårdpersonal, sjukhus och annan vårdinrättning, Försäkringskassan, Skatteverket och annan myndighet, försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, arbetsgivare, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa och fackförbund, få de upplysningar och handlingar som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning. Det innebär bl.a. att AFA Försäkring har rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och andra handlingar och upplysningar som avser mina hälso- och sjukskrivningsförhållanden.	Förmyndares personnummer
<b>Om du är under 18 år är det din förmyndare som ska underteckna fullmakten</b>	
Datum (år-mån-dag)	Namn
	Namnförtydligande

**5 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
- Arbetskadaanmälan 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 (oavsett anställningsform)	Fr.o.m. (år-mån-dag)	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				

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

## 10 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
---	--	---	------------------------------	------------------------------	---------------------

## 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		