

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (ååmmdd-nnnn)	
Telefon dagtid (även riktnummer)	Mobiltelefon	E-post	
Arbetsplats	Land	Medborgarskap	
Tidigare tillhört Försäkringskassan i (länets namn)			

2 Fylls alltid i

Yrke (Skriv med STORA bokstäver)	Sjukanmälningsdag (åååå-mm-dd)		Om friskanmäld, ange datum
Har sjukdomen/olycksfallet orsakat sjukfrånvaro?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Anmälan avser	Arbetssjukdom	När sökte du läkare första gången?	
<input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel)	<input type="checkbox"/> (t.ex. hörselnedsättning, eksem)	<input type="checkbox"/> Annan sjukdom/skada	
Diagnos (Vid olycksfall, ange skadans art och skadad kroppsdel. Vid annat än olycksfall, ange typ av besvär)	Skadans placering (ange sida)		
	<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	<input type="checkbox"/> Båda
Var har du behandlats? (Ange namn och adress till alla sjukvårdsinrättningar)	Har du varit inlagd på sjukhus på grund av skadan?		
	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Vad har orsakat skadan? (Till exempel buller, vibrerande verktyg eller annat)	Om "Ja", ange från och med - till och med		

3 Fylls i om skadan beror på olycksfall i arbetet eller färd i samband med arbetet

Var inträffade olyckan?	Om olyckan inträffade på annan plats - ange var		
<input type="checkbox"/> På ordinarie arbetsplats	<input type="checkbox"/> På annan plats	Hur färdades du och var inträffade olyckan?	
<input type="checkbox"/> Vid färd i tjänsten	<input type="checkbox"/> Vid färd till eller från arbetet		
När inträffade olyckan? (åååå-mm-dd)	Klockslag	Börjar	Slutar
Ordinarie arbetstid			
Vad höll du på med när olyckan inträffade? (Ange arbetsuppgift, maskin, material, verktyg som använts etc)			
Vad orsakade olyckan? Vad gjorde du dig illa på? (T.ex. jag slant med kniven. Jag skar mig på kniven.)			
Finns annan försäkring för skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Om "Ja", ange försäkringsbolag och skadenr. (om motordrivet fordon - reg.nr., fordonsslag och ägare)			

4 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/personuppgifter

5 Fullmakt/underskrift Jag lämnar Afa Försäkring följande fullmakt och intygar att lämnade uppgifter är riktiga

Jag medger att Afa Försäkring tjänstepensionsaktiebolag (Afa Försäkring) har rätt att ta del av de uppgifter och handlingar från försäkringsföretag, utländsk försäkringsgivare, arbetsgivare, arbetslöshetskassa, fackförbund samt från Försäkringskassan och andra myndigheter som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning från Afa Försäkring. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.	
Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namn/teckning

Skicka med kopia av följande handlingar (häfta inte ihop bilagor)

- Läkarintyg för alla sjukperioder

Övriga upplysningar kan lämnas på blankettens baksida

Punkt 6-10 fylls i av arbetsgivaren

6 Företags- och arbetsgivaruppgifter

Försäkringsavtalsnummer (7 eller 10 siffror)	Organisationsnummer	Den anställdes personnummer (ååmmdd-nnnn)
Företagets fullständiga namn		Adress
Postnummer	Ortnamn	PlusGironummer
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 * Lönetillägg som lämnas till följd av ökade levnadskostnader och andra särskilda förhållanden i sysselsättningslandet medräknas inte i den anställdes beräknade inkomst

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
Den anställdes beräknade inkomst från företaget * (SEK)	Ingår den anställde i den personalkategori för vilken utlandsförsäkring tecknats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Ingår den anställde i läkekostnadsförsäkringen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Täcks den anställdes inkomstförlust av sjuklön som betalas av arbetsgivaren? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", ange bolag		
Om "Ja", för vilken tidsperiod betalas sjuklön? <input type="checkbox"/> 14 dagar <input type="checkbox"/> 21 dagar <input type="checkbox"/> 30 dagar <input type="checkbox"/> 60 dagar <input type="checkbox"/> 90 dagar <input type="checkbox"/> 150 dagar		
Vid annan tid ange antal dagar eller period	Antal dagar	Från och med (åååå-mm-dd) Till och med (åååå-mm-dd)
Vid redarskyddad tid, ange utbetalt belopp under sjuklöneperioden (SEK)		

8 Fylls i om avtal om Avtalsgruppsjukförsäkring (AGS) har tecknats med Afa Försäkring

Har den anställde under det senaste året före sjuknämningdagen 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		

9 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"/> PFA	<input type="checkbox"/> ITP	Annat pensionsavtal
-----------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------

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

10 Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

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

11 Övriga upplysningar
