

### 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	Årsinkomst inkl semesterersättning (vid sjukperiodens början)
		kr	kr
Jag önskar ut- betalning insatt på	Postgironr	Bankkonto (ej bankgiro)	Bankens namn Clearingnr och kontonr

### 1. Fylls alltid i

Skadeorsak	<input type="checkbox"/> Olycksfall	<input type="checkbox"/> Arbetssjukdom (t ex hörselnedsättning, eksem)	När sökte du läkare första gången?
Har skadan orsakat sjukfrånvaro?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Sjukanmälningsdag (ex: 2003-01-15)
Helt arbetsför fr o m			
Diagnos (vid olycksfall, ange skadans art och skadad kroppsdel. Vid annat än olycksfall, ange typ av besvär)			
Var har du behandlats? (ange 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

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?	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)			
Är skadan anmäld till annat försäkringsbolag?		Om "Ja", ange bolagets namn och skadern (om motordrivet fordon - även regnr, fordonsslag och ägare)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

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

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

### Skicka alltid med

- 1 Kopior av läkarintyg för samtliga sjukperioder
- 1 Originalkvitton om du har haft kostnader för t ex läkarvård och sjukgymnastik
- 1 Kopia av den arbetsskadeanmälan som skickas till försäkringskassan

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

Fullmakt för AFA (AFA Livförsäkringsaktiebolag, AFA Sjukförsäkringsaktiebolag och AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag) att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa eller andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de uppgifter 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 oavsett bestämmelserna i 7 kap sekretesslagen (1980:100).	
Datum (år, mån, dag)	Namnteckning

Denna sida fylls i av arbetsgivaren som du hade vid skadedagen (fylls i även om du är företagets ägare eller delägare)

#### 4. Företags- och arbetsgivaruppgifter

Försäkringsavtalsnummer	Organisationsnummer	Den anställdes personnummer
Företagets fullständiga namn	Adress	
Postnummer	Ortnamn	
Arbetsgivarens/handläggarens namn (textas)	Telefon (även riktnr)	
Namn, besöksadress och telefonnr 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		

#### 5. Anställningsuppgifter

Anställningstid	Fr o m (exempel: 1993-03-01)	T o m	Ange vad		
Anställningsform	<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställd	<input type="checkbox"/> Timavlönad	<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, 21 dagar (enligt lag)	<input type="checkbox"/> Ja, 90 dagar (enligt 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 (del-) ägare i företaget när skadan inträffade?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja			
Var den skadade maka/make/registerad partner till (del-) ägare i företaget när skadan inträffade?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja			

#### 6. 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"/> Handels- anställdas förbund	<input type="checkbox"/> Industrifacket
	<input type="checkbox"/> Metallindustri- arbetareförbundet	<input type="checkbox"/> SIF	<input type="checkbox"/> Transport- arbetareförbundet
Annat fackförbund (skriv med STORA bokstäver)			

#### 7. 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

#### 8. Pensionsavtal som den anställda omfattas av

<input type="checkbox"/> Avtalspension SAF-LO	<input type="checkbox"/> Kooperationens avtalspension (KAP)	<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
----------------------	---------------

#### Övriga upplysningar

--

Postadress	Besöksadress	Telefon TFA	Telefax	Telefon Blankettbeställning	Organisationsnr
AFA	Klara Södra Kyrkogata 18	08-696 40 02	08-696 45 45	08-787 40 10	516401-8615
106 27 Stockholm		Telefon vx		Internet	
		08-696 40 00		www.afa.se	