

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (ååmmdd-nnnn)
Telefon dagtid (även riktnr)	Mobiltelefon	E-post

2 Fylls alltid i

Yrke (Skriv med STORA bokstäver)	Sjukanmälningdag (åååå-mm-dd)		Om friskänmäld, ange datum
Har skadan orsakat sjukfrånvaro? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			När sökte du läkare första gången?
Skadeorsak <input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel)	<input type="checkbox"/> Arbetssjukdom (t.ex. hörselnedsättning, eksemer)		
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 alla sjukvårdsinrättningar)		Har du varit inlagd på sjukhus på grund av skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Vad har orsakat skadan? (T.ex. buller, vibrerande verktyg eller annat)		Om "Ja", ange fr.o.m. - t.o.m.	

3 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 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.)			
Har du haft kostnader p.g.a. skadan? (T.ex. läkarvård, sjukgymnastik) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			Om "Ja", ange summa kr
Finns annan försäkring för skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Årsinkomst vid sjukperiodens början	kr

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

Jag medger att AFA Sjukförsäkringsaktiebolag och AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag 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. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.		
Datum (åååå-mm-dd) för underskrift	Namnsteckning	Namnförtydligande

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

- Läkarintyg för alla sjukperioder
- Arbetskadearmälan som skickas till Försäkringskassan
- Polisanmälan vid anmälan av rån, hot eller misshandel

Punkt 6-9 fylls i av arbetsgivaren

6 Arbetsgivarens uppgifter

Organisationsnummer	Den anställdes personnummer (ååmmdd-nnnn)
Arbetsgivarens namn	Adress
Postnummer	Ortnamn
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	Fr.o.m. (åååå-mm-dd)	T.o.m.	
Anställningsform	Ange vad		
<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning	<input type="checkbox"/> Intermittent	<input type="checkbox"/> Annan

8 Arbetsgivarens övriga uppgifter

--

9 Underskrift

Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum (åååå-mm-dd) för underskrift	Arbetsgivarens underskrift (beslutande)		
Tjänsteställning	Namnförtydligande	Telefon (även riktnr)	Ev yttrande på bilaga nr
<input type="checkbox"/> Skyddsombudet har informerats			

Övriga upplysningar

--

F7099 W 002 2