

Snabbaste vägen till ersättning - Anmäl på afaforsakring.se istället.

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

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

2 Fylls alltid i

Yrke (Skriv med STORA bokstäver)	Sjukanmälningdag (åååå-mm-dd)			Om friskanmäld, ange datum
Har skadan orsakat sjukfrånvaro? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Olycksfall (även rån, hot, misshandel)		Arbetssjukdom (t.ex. hörselnedsättning, ekseem)	
Skadeorsak <input type="checkbox"/> Olycksfall <input type="checkbox"/> Arbetssjukdom		När sökte du läkare första gången?		
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 vårdgivare)		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 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? <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.)				
Hur gick olyckan till?				
Har du haft kostnader p.g.a. skadan? (T.ex. läkarvård, sjukgymnastik)		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", ange summa	
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
----------------------------	------------------------

Utbetalning av ersättning

Om du får ersättning så betalar vi ut den genom Swedbank. Du behöver ansluta ditt bankkonto på www.swedbank.se/kontoregister
Det ska du göra om du har ett konto hos Swedbank eller annan svensk bank. Om du inte ansluter ett konto får du en utbetalningsavi med posten.

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)	Namnteckning	Namnförtydligande
------------------------------------	--------------	-------------------

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

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

Övriga upplysningar kan lämnas på separat bilaga

För snabbare och enklare hantering, använd våra e-tjänster.

6 Företags- och arbetsgivaruppgifter

Försäkringsavtalsnummer (7 eller 10 siffror)	Organisationsnummer	Den anställdes personnummer (ååmmdd-nnnn)
Företagets fullständiga namn		Adress
Postnummer	Ortnamn	
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

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
Har den anställda 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	Från och med (åååå-mm-dd) Till och med (åååå-mm-dd)
Var den skadade eller dennes make/maka (eller registrerad partner) 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 förbund
	<input type="checkbox"/> Pappersindustriarbetareförbundet	<input type="checkbox"/> Unionen
		<input type="checkbox"/> GS (Facket för skogs-, trä- och grafisk bransch)
		<input type="checkbox"/> IF Metall <input type="checkbox"/> Transportarbetareförbundet
Annat fackförbund (skriv med STORA bokstäver)		

9 Fylls i om avtal om Avtalsgruppsjukförsäkring (AGS/AGS-KL) har tecknats med Afa Försäkring

Har den anställda 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

10 Pensionsavtal som den anställda omfattas av

<input type="checkbox"/> Avtalspension SAF-LO	<input type="checkbox"/> Gemensam tjänstepension, GTP	<input type="checkbox"/> Kollektivavtalad Pension, KAP-KL	<input type="checkbox"/> AKAP-KR/ AKAP-KL	<input type="checkbox"/> PFA	<input type="checkbox"/> ITP	Annat pensionsavtal
---	---	---	---	------------------------------	------------------------------	---------------------

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

11 Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning

F7007 001 2