

### Denna sida fylls i av den anställda

Förnamn och efternamn		Personnummer (exempel: 601201-1234)
Adress		Telefon dagtid (även lands-/riktnr)
Postnummer	Ortnamn	Annat telefonnummer (även lands-/riktnr)
Arbetsplats	Land	Medborgarskap
Tidigare tillhört Försäkringskassan i (länets namn)		
Yrke/sysselsättning		

### 1. Fylls alltid i

Har sjukdomen/olycksfallet orsakat sjukfrånvaro? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukanmälningsdag (ex: 2004-01-15)	Om friskanmäld, ange datum
Anmälan avser <input type="checkbox"/> Olycksfall <input type="checkbox"/> Arbetssjukdom (t ex hörselnedsättning, eksem) <input type="checkbox"/> Annan sjukdom/skada	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 <input type="checkbox"/> Börjar <input type="checkbox"/> 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)	
Finns annan försäkring för skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", ange försäkringsbolag och skadenr (om motordrivet fordon - regnr, fordonsslag och ägare)

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

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

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

Fullmakt för AFA (AFA Livförsäkringsaktiebolag, AFA Sjukförsäkringsaktiebolag och AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag) att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, Försäkringskassan, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa eller andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar 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

### Skicka med kopior av följande handlingar (häfta ej ihop bilagor)

<ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Läkarintyg för samtliga sjukperioder</li> <li>▮ Vid arbetsskada - kvitton om du har haft kostnader för t ex läkarvård och sjukgymnastik</li> </ul>
---

Övriga upplysningar  
kan lämnas på  
blankettens baksida

## Punkt 4-7 fylls i av arbetsgivaren

### 4. Företags- och arbetsgivaruppgifter

Försäkringsavtalsnummer	Organisationsnummer	Postgironummer	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)			
Arbetsställenummer (anges endast om företaget har flera arbetsställen)		Ange eventuell SNI-kod	
Huvudsaklig verksamhet vid arbetsstället/företaget			

### 5. Anställningsuppgifter

\* Lönetillägg som lämnas till följd av ökade levnadskostnader och andra särskilda förhållanden i sysselsättningslandet medräknas inte i den anställdes beräknade inkomst

Anställningstid	Fr o m	T o m	Ange vad
Anställningsform	<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställd	<input type="checkbox"/> Timavlönad	<input type="checkbox"/> Visstidsanställd <input type="checkbox"/> Annan
Den anställdes beräknade inkomst från företaget * (SEK)		Ingår den anställda i den personalkategori för vilken utlandsförsäkring tecknats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Ingår den anställda 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 perioden	Antal dagar	Fr o m	År, mån, dag (exempel 2004-01-15) T o m
Vid redarskyddad tid, ange utbetalt belopp under sjuklöneperioden (SEK)			

### 6. Fylls i om avtal med AFA Sjukförsäkringsaktiebolag har tecknats

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

### 7. Pensionsavtal som den anställda 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
---	--	---	------------------------------	------------------------------	---------------------

### Handläggarens underskrift

Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum (år, mån, dag)	Namnteckning
----------------------	--------------

### Övriga upplysningar

--