

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 (åååå-mm-dd)
Har skadan orsakat sjukfrånvaro? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Skadeorsak <input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel)	<input type="checkbox"/> Arbetssjukdom (till exempel hörselnedsättning, eksem)	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? (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.)			
Har du haft kostnader p.g.a. skadan? (T.ex. läkarvård, sjukgymnastik)			Om "Ja", ange summa
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			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
----------------------------	------------------------

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)	Namn-teckning	Namn-förtydligande

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

Punkt 6-9 fylls i av arbetsgivaren

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

6 Arbetsgivarens uppgifter

Organisationsnummer	Den anställdes personnummer (ååmmdd-nnnn)
Arbetsgivarens namn	Adress
Postnummer	Ortnamn
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

8 Arbetsgivarens övriga uppgifter

--

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

9 Underskrift

Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Arbetsgivarens underskrift (beslutande)		
Tjänsteställning	Namnförtydligande	Telefon (även riktnummer)	Ev. yttrande på bilaga nr.

Övriga upplysningar

--

2

F7099 001

Postadress
Afa Försäkring
106 27 Stockholm

Besöksadress
Klara Södra Kyrkogata 18

Kundservice
www.afaforsakring.se
0771-88 00 99

Organisationsnummer
502033-0642