

Blanketten används vid utredning och bedömning av vållande vid arbetssjukdomar som är godkända av Försäkringskassan enligt bestämmelserna i socialförsäkringsbalken (SFB) (tidigare arbetsskadelagen LAF) eller av Afa Försäkring enligt ILO-konventionen (nr 121). **Besvara frågorna så utförligt som möjligt.**

Handläggare och telefon	Personnummer eller ärendenummer
-------------------------	---------------------------------

Fortsätt vid behov på en bilaga. Ange numret på den fråga som avses och personnummer eller ärendenummer.

1. Den skadade	Förnamn och efternamn	
2. Arbetsgivare	Namn och adress	
3. Annan arbetsgivare Fylls i om den skadliga inverkan förekommit hos annan än den nuvarande arbetsgivaren. Ange vem och under vilken tidsperiod	Namn och adress	Period

Arbetssjukdomen

4. Vad har orsakat din sjukdom? Beskriv så noggrant som möjligt de arbetsuppgifter du haft som orsakat din sjukdom		
5. På vilket sätt har arbetsgivaren varit försumlig? Beskriv på vilket sätt arbetsgivarens agerande bidragit till din sjukdom, t.ex. bristande skyddsutrustning, bristande ventilation, ingen eller bristande information		
6. Hade din sjukdom kunnat förutses eller förhindras av din arbetsgivare**? **med arbetsgivare förstås även annan som denne ansvarar för.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", hur?
7. När fick arbetsgivaren första gången kännedom om dina besvär?		
8. a) Har förändringar gjorts på din arbetsplats, i så fall vilka? (t.ex. lyfthjälpmiddel, ändrade arbetsmetoder eller nya maskiner) b) När gjordes förändringarna?		
9. Har arbetsgivaren haft kännedom om liknande sjukdomar/besvär hos andra arbetskamrater innan du drabbades?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", för hur många och när?
10. Har arbetsgivaren informerat dig om riskerna med det aktuella arbetet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", när och hur?

F7055 24.12

Bifoga kopia av utredningen om t.ex. Arbetsmiljöverket, företagshälsovården, arbetsmiljökommittén eller annan utrett arbetssjukdomen.
 Om du hänvisar till Försäkringskassans utredning, bifoga kopia.

Ej utrett Kopia bifogas

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

Underskrift av den försäkrade

Se baksidan!

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namn-teckning
------------------------------------	---------------

**Synpunkter på orsaken till arbetssjukdomen
och på de uppgifter som lämnats av den skadade**

Personnummer eller ärendenummer

11. Skyddsombudets synpunkter

Hänvisa till ev. regler eller föreskrifter för den aktuella verksamheten, t.ex. Arbetsmiljöverkets föreskrifter. Finns aktuell brist i arbetsmiljön dokumenterad i tidigare skyddsrondsprotokoll eller har denna brist på annat sätt påtalats för arbetsgivaren?

Datum och namnteckning

12. Arbetsgivarens synpunkter

Datum och namnteckning

Försäkringsavtalsnummer

Firmastämpel

13. Annan arbetsgivares synpunkter

Datum och namnteckning

Försäkringsavtalsnummer

Firmastämpel

F7055 24.12

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

Postadress
Afa Försäkring
106 27 Stockholm

Besöksadress
Klara Södra Kyrkogata 18

Kundservice
www.afaforsakring.se
0771-88 00 99

Organisationsnummer
502033-0642