

**1 Personuppgifter** (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

Den avlidnes förnamn och efternamn	Personnummer (ååmmdd-nnnn)
Dödsdatum (åååå-mm-dd)	

**2 Fylls alltid i**

Yrke (Skriv med STORA bokstäver)		Sjukanmälningsdag (åååå-mm-dd)
Har sjukdomen/olycksfallet orsakat sjukfrånvaro?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Anmälan avser	<input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel) <input type="checkbox"/> Arbetsjukdom (till exempel cancer)	
Diagnos (Vid olycksfall, ange skadans art och skadad kroppsdel. Vid annat än olycksfall, ange typ av besvär)		
Var har den avlidne behandlats? (Ange namn och adress till alla vårdgivare)		
Har den avlidne varit inlagd på sjukhus på grund av skadan?   Om "Ja", ange från och med - till och med		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Vad har orsakat dödsfallet?		

**3 Fylls i om dödsfallet 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 den avlidne 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 den avlidne på med när olyckan inträffade? (Ange arbetsuppgift, maskin, material, verktyg som använts etc.)			
Finns annan försäkring för skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Om "Ja", ange försäkringsbolag			

**4 Fylls i om den avlidne vid skadetillfället hade fler arbetsgivare eller egen verksamhet**

Företagets namn och utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn
--------------------------------------	------------	---------

Information om Afa Försäkrings behandling av personuppgifter finns på [www.afaforsakring.se/personuppgifter](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter)

**5 Underskrift** Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning	Namnförtydligande
Relation till den avlidne	Telefon dagtid (även riktnummer)	Mobiltelefon
Utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn

Övriga upplysningar kan lämnas på separat bilaga

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 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](http://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**

--

F7098 001 2