

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? <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 den avlidne och var inträffade olyckan?
När inträffade olyckan? 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

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

Denna sida fylls i av arbetsgivaren som den avlidne hade vid skadedagen
(fylls i även om den avlidne var företagets ägare eller delägare)

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 anställde 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"/> Handelsanställdas förbund	<input type="checkbox"/> IF Metall
	<input type="checkbox"/> Pappersindustriarbetareförbundet	<input type="checkbox"/> Unionen	<input type="checkbox"/> GS (Facket för skogs-, trä- och grafisk bransch)	<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 anställde under det senaste året före sjuknämningensdagen 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 anställde 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
------------------------------------	--------------

F7006 001 2

Postadress
Afa Försäkring
106 27 Stockholm

Besöksadress
Klara Södra Kyrkogata 18

Kundservice
www.afaforsakring.se
0771-88 00 99, knappval 2

Organisationsnummer
502033-0642