

Denna sida fylls i av den anställda Vid arbetsskada används "Skadeanmälan TFA/TFA-KL Trygghetsförsäkring vid arbetsskada" (F7007)

Förnamn och efternamn		Personnummer (exempel: 601201-1234)
Adress		Telefon dagtid (även riktnr)
Postnummer	Ortnamn	Annat telefonnummer (även riktnr)

Sjukanmälningsdag	År, mån, dag (exempel 2004-01-15)	Om friskanmäld, ange datum	År, mån, dag
Sjukpenninggrundande årsinkomst vid insjuknandet		kr	
Yrke/sysselsättning (Skriv med STORA bokstäver)			
Har du fler arbetsgivare?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Om "Ja", ange företagets namn			
Adress, postnummer och ortnamn			Telefonnummer
Yrke/sysselsättning (ex: betongarbetare, undersköterska)		Sjukpenninggrundande årsinkomst hos denna arbetsgivare	

Var du ägare/delägare i företaget när du blev sjuk?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Var du maka/make/registerad partner till ägare/delägare i företaget när du blev sjuk?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Är sjukfallet anmält som arbetsskada till Försäkringskassan?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
--	------------------------------	-----------------------------

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

Fullmakt för AFA Försäkring (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 Försäkring oavsett bestämmelserna i 7 kap sekretesslagen (1980:100).	
Datum (år, mån, dag)	Namn-teckning

**Skicka alltid med kopia av följande handlingar
(häfta ej ihop bilagor)**

- ▮ Läkarintyg
- ▮ Beslut om sjukersättning eller aktivitetsersättning

Om du är arbetslös

- ▮ Arbetsgivarintyg från din senaste anställning
- ▮ Intyg om utbetald arbetslöshetsersättning (antal utbetalade dagar per vecka)
- ▮ Om du haft aktivitetsstöd, skicka med intyg för perioden

Övriga upplysningar kan lämnas på separat bilaga

Denna sida fylls i av arbetsgivaren

Sjukanmälningsdag	År, mån, dag (exempel 2004-01-15)	Den anställdes personnummer (Ex:601201-1234)
-------------------	-----------------------------------	--

Anställningstid	Fr o m	T o m
Har den anställda under det senaste året före sjukanmälningsdagen varit frånvarande mer än 6 månader i följd på grund av annan orsak än sjukdom eller föräldradighet?		
		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om "Ja", ange frånvarotid	Fr o m	T o m
Frånvaroororsak		
Har den anställda rätt till sjuklön?	<input type="checkbox"/> Ja, 14 dagar (enligt lag) <input type="checkbox"/> Ja, 90 dagar (enl lag/avtal) <input type="checkbox"/> Annan tid	
Vid annan tid, ange perioden	Fr o m	T o m

Yrkeskategori och fackförbund 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"/> Byggnads- arbetareförbundet	<input type="checkbox"/> Fastighets- anställdas förbund	<input type="checkbox"/> Handels- anställdas förbund
	<input type="checkbox"/> IF Metall	<input type="checkbox"/> Pappersindustri- arbetareförbundet	<input type="checkbox"/> Transport- arbetareförbundet
Annat fackförbund			

Fylls i om den anställda är timavlönad

Har den anställda minst 90 anställningsdagar inom två år före senaste sjukanmälningsdagen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Nej", ange antal anställningsdagar per månad och längst två år tillbaka från senaste sjukanmälningsdagen.										
År	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec

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
Annat pensionsavtal			

Företags- och arbetsgivaruppgifter

Försäkringsavtalsnummer	Organisationsnummer
Företagets fullständiga namn	Adress
Postnummer	Ortnamn
Arbetsgivarens/handläggarens namn (textas)	Telefon (även riktnr)
Arbetsställenummer (anges endast om företaget har flera arbetsställen)	Ange eventuell SNI-kod
Huvudsaklig verksamhet vid arbetsstället/företaget	

Arbetsgivarens underskrift

Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

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