

## Skadeanmälan TFA/TFA-KL Trygghetsförsäkring vid arbetskada

Omfattas du av Avtalspension SAF-LO eller av PFA, gäller anmälan samtidigt för premiebefrielseförsäkringen respektive avgiftsbefrielseförsäkringen.

Försäkringsgivare är AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer (år, mån, dag, nr)	
Utdelningsadress		Telefon bostad (även riktnr)	
Postnr och ortnamn		Telefon arbete (även riktnr)	
Yrke/Sysselsättning	Sjukpenninggrundande årsinkomst (vid sjukperiodens början)	Årsinkomst (vid sjukperiodens början)	
Jag önskar utbetalning insatt på	Postgiro-nr	Bankkonto (ej bankgiro)	Bankens namn   Clearing-nr och konto-nr

### 1. Besvaras alltid

Fortsätt gärna på separat papper om utrymmet inte räcker - ange vilken fråga som avses

Skadeorsak			
<input type="checkbox"/> Olycksfall	<input type="checkbox"/> Annat än olycksfall (t ex hörselnedsättning, eksem)		
Har skadan orsakat sjukfrånvaro?	Första frånvarodag från arbetet	Arbetsför fr o m	När sökte du läkare första gången?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Diagnos (vid olycksfall, ange skadans art och skadad kroppsdel. Vid annat än olycksfall, ange typ av besvär)			
Var har du behandlats? (ange sjukvårdsinrättning och adress)			Har du varit inlagd på sjukhus?
			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om "Ja", ange fr o m - t o m			

### 2. Besvaras om skadan beror på olycksfall

Var inträffade olyckan?		Om olyckan inträffade på annan arbetsplats - 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? (år, mån, dag)		Ordinarie arbetstids	
Datum	Klockslag	Början	Slut
Vad sysslade du med när olyckan inträffade? (ange arbetsuppgift, maskin, material, verktyg som använts etc)			
Vad orsakade olyckan? (vad gick på tok)			
Vad gjorde du dig illa på? (hur uppstod skadan)			
Om skadan är anmäld till annat försäkringsbolag, ange försäkringsbolagets namn, adress och skadenummer (om motorfordon, se nedan)			

### 3. Besvaras om motordrivet fordon var inblandat i olycksfallet

Fordonsslag (bil, truck o d)	Registrerings-nr	Har skadan anmälts till trafikförsäkringsbolag?	Om "Ja", ange skadenummer
		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Eget fordon	<input type="checkbox"/> Annan ägare	<input type="checkbox"/> Arbetsgivarens fordon	
Trafikförsäkringsbolagets namn, adress och telefon			

### 4. Skicka alltid med

- Kopia av läkarintyg för samtliga sjukperioder.
- Originalkvitton om du har haft kostnader för läkarvård, sjukgymnast o d.
- Kopia av den arbetsskadeanmälan som skickas till försäkringskassan.

### 5. Den skadades underskrift

Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga och lämnar AFA följande fullmakt:

**FULLMAKT** (Om underskrift av annan än den skadade gäller underskriften endast riktigheten i lämnade uppgifter.)

Fullmakt för AFA (AFA Sjukförsäkringsaktiebolag, AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag och AFA Livförsäkringsaktiebolag) att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket 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 oavsett bestämmelserna i 7 kap 1 § och 7 § sekretesslagen (1980:100).	
Datum	Namnteckning

**6. Besvaras om du vid skadetillfället hade flera arbetsgivare/egen verksamhet**

Arbetsgivarens namn, adress och telefon	Anställningstid	Fr o m (år, mån, dag)	To m (år, mån, dag)
Arbetsgivarens namn, adress och telefon	Anställningstid	Fr o m (år, mån, dag)	To m (år, mån, dag)

**7. Övriga upplysningar** Fortsätt gärna på separat papper om utrymmet inte räcker - ange vilken fråga som avses


Punkt 8-11 fylls i av den arbetsgivare som du hade vid skadedagen (fylls i även om du är företagets ägare eller delägare)

**8. Företags- och arbetsgivareuppgifter**

Firmanamn/Arbetsgivare	Försäkringsavtal nr
Utdelningsadress	Organisationsnummer (10 siffror)
Postnummer och ortnamn	Telefon (även riktnr)
Handläggarens namn (textas)	Telefon (även riktnr och ankn)
Namn och adress till arbetsstället där skadan inträffade (fylls endast i om skadeplatsen var annan än ovan)	Telefon (även riktnr)
Arbetsställets namn eller benämning	Telefon (även riktnr)
Besöksadress (gata/väg nummer) och ortnamn	

**9. Anställningsuppgifter m m**

Den skadade är	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/> Företagare*	<input type="checkbox"/> Uppdragstagare	<input type="checkbox"/> Annat, ange vad:
Besvaras om den skadade är anställd	Anställd i <input type="checkbox"/> Fr o m - <input type="checkbox"/> To m (år, mån, dag)		Vilket kollektivavtal regleras anställningen efter?	
För vilken period har den anställde rätt till sjuklön/redarskyddad tid?	Antal dagar	Period Fr o m - To m (år, mån, dag)		
<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> 14 dagar	<input type="checkbox"/> 90 dagar	<input type="checkbox"/> Annan tid	
Besvaras om avtal med AFA Sjukförsäkringsaktiebolag har tecknats	Har den anställde under året före sjukskrivningstidens början varit frånvarande mer än 6 månader i följd av <b>annan orsak</b> än sjukdom/föräldradledighet?			
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange frånvarotid och orsak			
Besvaras om den skadade är företagare	Företagsform			

\* Med företagare menas företagets ägare, styrelseledamot eller anställd aktieägare med minst 1/3 aktieinnehav ensam eller tillsammans med make/maka/registrerad partner/barn/förälder

**10. Övriga upplysningar**


**11. Arbetsgivarens underskrift** Riktigheten av lämnade företags- och anställningsuppgifter intygas

Datum	Namnteckning	Firmastämpel