

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (ååmmdd-nnnn)	
Telefon dagtid (även riktnummer)	Mobiltelefon	E-post	
Var du vid skade-/insjuknandetillfället verksam som yrkesfiskare? ☐ Nej ☐ Ja			

2 Fylls alltid i

Har skadan orsakat sjukfrånvaro? ☐ Nej ☐ Ja		Sjukanmälningssdag (åååå-mm-dd)	Om friskanmäld, ange datum (åååå-mm-dd)
Skadeorsak ☐ Olycksfall (även rån, hot, misshandel) ☐ Arbetssjukdom (till exempel hörselnedsättning, eksem)		När sökte du läkare första gången?	
Diagnos (Vid olycksfall, ange skadans art och skadad kroppsdel. Vid annat än olycksfall, ange typ av besvär)		Skadans placering (ange sida)	
Var har du behandlats? (Ange namn och adress till samtligavårdgivare)		☐ Höger ☐ Vänster ☐ Båda	
Vad har orsakat skadan? (Till exempel buller, vibrerande verktyg eller annat)		Har du varit inlagd på sjukhus på grund av skadan? ☐ Nej ☐ Ja	
		Om "Ja", ange från och med - till och med	

3 Fylls i om skadan beror på olycksfall i arbetet eller färd i samband med arbetet

Var inträffade olyckan? ☐ På ordinarie arbetsplats ☐ På annan plats		Om olyckan inträffade på annan plats - ange var	
Vid färd i tjänsten ☐ Vid färd till eller från arbetet ☐		Hur färdades du och var inträffade olyckan?	
När inträffade olyckan? (åååå-mm-dd)	Klockslag	Börjar	Slutar
Ordinarie arbetstid			
Vad höll du på med när olyckan inträffade? (Ange arbetsuppgift, maskin, material, verktyg som använts etc.)			
Vad orsakade olyckan? Vad gjorde du dig illa på? (T.ex. jag slant med kniven. Jag skar mig på kniven.)			
Om "Ja", ange summa			
Har du haft kostnader p.g.a. skadan? (T.ex. läkarvård, sjukgymnastik)		☐ Nej ☐ Ja	kr
Finns annan försäkring för skadan? ☐ Nej ☐ Ja		Årsinkomst vid sjukperiodens början	kr

4 Fylls i om du vid skadetillfället hade fler arbetsgivare

Företagets namn och adress	Postnummer och ortnamn
----------------------------	------------------------

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

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

Jag medger att Afa Försäkring tjänstepensionsaktiebolag (Afa Försäkring) har rätt att ta del av de uppgifter och handlingar från försäkringsföretag, utländsk försäkringsgivare, arbetsgivare, arbetslöshetskassa, fackförbund samt från Försäkringskassan och andra myndigheter som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning från Afa Försäkring. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.		
Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning	Namnförtydligande

Skicka med kopia av följande handlingar (häfta inte ihop bilagor)

- Läkarintyg för samtliga sjukperioder
- Polisanmälan vid anmälan av rån, hot eller misshandel
- Arbetsskadeanmälan som skickas till Försäkringskassan

Anmälan skickar du till Sveriges Fiskares Riksförbund, Fiskhamnsgatan 33, 414 58 Göteborg
Hallandsfiskarnas Producentorganisation Ekonomisk förening, Mastvägen 6, 432 74 Träslövsläge

6 Övriga upplysningar

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

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

7 SFR:s/Hallandsfiskarnas Producentorganisations anteckningar

Medlem sedan (åååå-mm-dd)

8 SFR:s/Hallandsfiskarnas Producentorganisations underskrift

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning

SFR/Hallandsfiskarnas Producentorganisation skickar anmälan till

Afa Försäkring