

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

Förnamn och efternamn		Personnummer (ååmmdd-nnnn)	
Telefon dagtid (även riktnr)	Mobiltelefon	E-post	
Var du vid skade-/injurytillfället verksam som yrkesfiskare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

**2 Fylls alltid i**

Har skadan orsakat sjukfrånvaro? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Sjukanmälningens dag (åååå-mm-dd)	Om friskänmäld, ange datum
Skadeorsak <input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel) <input type="checkbox"/> Arbetssjukdom (t.ex. hörselnedsättning, eksemer)		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) <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Båda	
Var har du behandlats? (Ange namn och adress till samtliga sjukvårdsinrättningar)		Har du varit inlagd på sjukhus på grund av skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Vad har orsakat skadan? (T.ex. buller, vibrerande verktyg eller annat)		Om "Ja", ange fr.o.m. - t.o.m.	

**3 Fylls i om skadan 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 du och var inträffade olyckan?	
När inträffade olyckan?	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.)			
Har du haft kostnader p.g.a. skadan? (T.ex. läkarvård, sjukgymnastik) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			Om "Ja", ange summa kr
Finns annan försäkring för skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 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/forsakrad](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter/forsakrad)

**5 Fullmakt/underskrift** Jag lämnar AFA Försäkring följande fullmakt och intyg att lämnade uppgifter är riktiga

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

