

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

Den avlidnes förnamn och efternamn		Personnummer (ååmmdd-nnnn)	
Dödsdatum (åååå-mm-dd)	Var den avlidne vid skade-/insjuknandetillfället verksam som yrkesfiskare?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

2 Fylls alltid i

Yrke (Skriv med STORA bokstäver)			
Har sjukdomen/olycksfallet orsakat sjukfrånvaro?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukanmälningssdag (åååå-mm-dd)	
Anmälan avser	<input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel) <input type="checkbox"/> Arbets sjukdom (t.ex. 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 sjukvårdsinrättningar)			
Har den avlidne varit inlagd på sjukhus på grund av skadan? Om "Ja", ange fr.o.m. - t.o.m.			
<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?		Om olyckan inträffade på annan plats - ange var	
<input type="checkbox"/> På ordinarie arbetsplats <input type="checkbox"/> På annan plats	Hur färdades den avlidne och var inträffade olyckan?		
<input type="checkbox"/> Vid färd i tjänsten <input type="checkbox"/> Vid färd till eller från arbetet			
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

Företagets namn och utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn
--------------------------------------	------------	---------

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

5 Underskrift Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga

Datum (åååå-mm-dd) för underskrift	Namn-teckning	Namnförtydligande	
Relation till den avlidne	Telefon dagtid (även riktnr)	Mobiltelefon	
Utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn	

Övriga upplysningar kan lämnas på separat bilaga

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

