

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

|  |              |                                     |  |
|--|--------------|-------------------------------------|--|
| Förnamn och efternamn  |              | Personnummer (exempel: 601201-1234) |  |
| Telefon dagtid (även riktnr)   | Mobiltelefon | E-post                              |  |
| Var du vid skade-/insjuknandetillfället 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   | Sjukanmälningdag (år-mån-dag)   | Om friskänmd, ange datum |
| Skadeorsak <input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel) <input type="checkbox"/> Arbetssjukdom (t.ex. hörselnedsättning, ekse) | När sökte du läkare första gången?  |                          |
| Diagnos (Vid olycksfall, ange skadans art och skadad kroppsdel. Vid annat än olycksfall, ange typ av besvär)                                      |   |                          |
| 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 |                          |
| 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?<br><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.)               |  |        |        |
| Om "Ja", ange summa  |  |        |        |
| Har du haft kostnader p.g.a. skadan? (T.ex. läkarvård, sjukgymnastik)  | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | 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/pul](http://www.afaforsakring.se/pul)

**5 Fullmakt/underskrift** Jag lämnar AFA Försäkring följande fullmakt och intygar 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 försäkringsgivare, 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. |               |                          |
|   |               | Förmyndares personnummer |
| <b>Om du är under 18 år är det din förmyndare som ska underteckna fullmakten</b>  |               |                          |
| Datum (år-mån-dag)  | Namnsteckning | 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, Fiskhamngatan 33, 414 58 Göteborg

