

**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"/> Arbetsjukdom (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 vårdgivare)			
Har den avlidne varit inlagd på sjukhus på grund av skadan?   Om "Ja", ange från och med - till och med			
<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?   Om "Ja", ange försäkringsbolag			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

**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](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter)

**5 Underskrift** Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnsteckning	Namnförtydligande	
Relation till den avlidne	Telefon dagtid (även riktnummer)	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

**6 Övriga upplysningar**

Large empty area with horizontal dotted lines for additional information.

**7 SFR:s/Hallandsfiskarnas Producentorganisations anteckningar**

Medlem sedan (åååå-mm-dd)
-

Information om Afa Försäkrings behandling av personuppgifter finns på [www.afaforsakring.se/personuppgifter](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter)

**8 SFR:s/Hallandsfiskarnas Producentorganisations underskrift**

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning
-	

SFR/Hallandsfiskarnas Producentorganisation skickar anmälan till  
Afa Försäkring

F7018 001 2

**Postadress**  
Afa Försäkring  
106 27 Stockholm

**Besöksadress**  
Klara Södra Kyrkogata 18

**Kundservice**  
[www.afaforsakring.se](http://www.afaforsakring.se)  
0771-88 00 99, knappval 2

**Organisationsnummer**  
502033-0642