

Anmälan om olycksfall/yrkessjukdom

Baserar sig på lagen den 20 augusti 1948 om olycksfallsförsäkring samt därtill anslutna lagar och förordningar.

Vi ber er använda kulspetspenna och att texta om ni fyller i blanketten för hand.

Uppgifter om arbetsgivaren	Arbetsgivarens namn (företagets officiella namn)		FO-nummer					
	Adress		Postnummer	Postkontor				
	E-postadress	Telefon		Fax				
	Bransch	Försäkringsbeteckning		Koncernbeteckning				
	Bankförbindelse, IBAN-bankkontonummer och bankens BIC-kod			Enhet eller avdelning i företaget eller avdelningskod				
Uppgifter om den skadade	Efternamn och samtliga förnamn (tilltalsnamnet understryks)		Språk <input type="checkbox"/> Fi <input type="checkbox"/> Sv		Personbeteckning			
	Adress		Postnummer	Postkontor				
	Yrke	Nationalitet		Telefon				
	Bankförbindelse, IBAN-bankkontonummer och bankens BIC-kod		Förskotts- innehållnings- procent (uppgifter från skattekontoret)	Grundprocent	Tilläggsprocent			
	Beskattningskommun		Inkomstgräns, upp till vilken grundprocenten tillämpas		Per år			
	Graderad innehållnings- procent (t.ex. skolelever och studerande)	% till	euro	% till	euro	av vilken redan som lön betalts i euro		
	Är den skadade aktieägare i det företag, där han arbetar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Andel, som han ensam eller gemensamt med sina familjemedlemmar äger		%			
	Bor den skadade stadigvarande i arbetsgivarens hushåll?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	På vilket sätt är den skadade släkt med arbetsgivaren eller med dennes maka (make)?					
	Uppgifter om skadan	Olycksfallet inträffade/yrkessjuk- domen yppade sig	Datum	Veckodag	Klockslag	Den dag olycks- fallet inträffade var arbetet avsett	att börja kl.	att sluta kl.
		Orten där olycksfallet inträffade (stad, kommun) och adress						
Skedde olycksfallet på arbetsplatsen eller på därtill hörande område?		<input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> Inte i arbetet, var?	<input type="checkbox"/> Under kaffe- eller matrast					
Skedde olycksfallet utanför arbetsplatsen?		<input type="checkbox"/> På arbetsuppdrag <input type="checkbox"/> Under kaffe- eller matrast <input type="checkbox"/> Under färd från arbetet till bostaden	<input type="checkbox"/> Under färd från bostaden till arbetet <input type="checkbox"/> Under annan resa, vilken? <input type="checkbox"/> Under fritiden					
Anmälde olycksfallet till arbetsgivaren eller förmannen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anmälningsdatum	<input type="checkbox"/> Upphörde den skadade med sitt arbete sedan olycksfallet inträffat?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Genast <input type="checkbox"/> Senare	Datum och klockslag	
När inleddes sjuk- vården?		<input type="checkbox"/> Omedelbart <input type="checkbox"/> Senare	Datum	Sjukhus, hälsovårdscentral eller annan vårdplats (namn och adress)				
Arbetsoförmågan varade (uppskattningen görs av den som fyller i blanketten)		<input type="checkbox"/> 1 Den dag olycks- fallet inträffade <input type="checkbox"/> 2 1-2 dagar	<input type="checkbox"/> 3 3 dagar - en månad <input type="checkbox"/> 4 Över en månad	<input type="checkbox"/> Har den skadade återupptagit sitt förra arbete?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum för återgång till arbetet	
Ytterligare information om olycksfallets förlopp kan erhållas av (t.ex. förman eller arbetsledare; namn, adress, telefon och e-adress)								
Skadans art		Skadans art (t.ex. benbrott, kross- eller brännskada, sträckning, ekseml; uppskattning av den som fyller i blanketten är tillräcklig)						
		Skadad kroppsdel (t.ex. öga, rygg, fingrar, nedre extremiteter)					<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster	
Hur inträffade olycksfallet/uppstod yrkessjukdomen	Beskrivning av hur olycksfallet skedde och orsakerna till det eller av hur yrkessjukdomen uppstod samt av arbetsmiljön. 1. Av beskrivningen av OLYCKSFALL PÅ ARBETSPLATSEN skall följande framgå: Hurudant arbete (produktions-, underhålls-, sjömansarbete etc.) och hurdan arbetsprestation utförde personen (körde truck, lyfte bördor etc.) då olycksfallet inträffade? Vilka avvikelser från det normala ledde till skadan (elavbrott, förlorad kontroll över handslipmaskin, halkning etc.)? Hur uppstod skadan (skärsår av arbetsredskap, skräp i ögat etc.)? Vad förorsakade skadan (en press, svarv, stege, ställning etc.)? 2. Av beskrivningen av OLYCKSFALL UNDER ARBETSFÄRD skall framgå vad som förorsakade olycksfallet, hur personen rörde sig samt eventuella avvikelser från den sedvanliga arbetsvägen och orsaken till avvikelserna. 3. Av beskrivningen av YRKESSJUKDOM skall framgå vad yrkessjukdomen antas bero på (namn på kemiskt ämne etc.).							
Klassificeringskoderna för OLYCKSFALL PÅ ARBETSPLATSEN kan antecknas i nedanstående rutor (tilläggsanvisningar i en separat statistikbilaga.)								
Typ av arbete (A)	Arbetsprestation (B)	Avvikelse (C)	Skadesätt (D)	Yttre faktor (E)				

Ytterligare information om olycksfallet	Registernumret eller annan beteckning på det motorfordon, varmed den skadade färdades	Trafikförsäkringsbolag	Deltagande i trafiken <input type="checkbox"/> som passagerare <input type="checkbox"/> som förare
	Registernumret eller annan beteckning på motpartens motorfordon	Trafikförsäkringsbolag	
	Försakades olycksfallet av den skadades berusning, vårdslöshet eller överträdelse av arbetarskyddsföreskrifter? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, på vilket sätt?		
	Försakades olycksfallet av en annan person? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	På vilket sätt? Av vem (namn och adress)?	
	Polisutredning med anledning av olycksfallet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Polisinrättningens namn	Ögonvitne till olycksfallet (namn och adress)
	Uppgifter vid dödsfall		
Uppgifter om anställningar	Den skadades dödsdag	Anhöriga (släktskapsförhållande, namn)	
	Förvaltare av dödsbo, namn, adress och telefon		
	Datum, då anställningen började	Anställning <input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning <input type="checkbox"/> Visstidsanställning	Datum, då visstidsanställningen var avsedd att upphöra?
	Befattning <input type="checkbox"/> Huvudsyssla <input type="checkbox"/> Bisyssla <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Studerande, läroinrättningens namn?		
	Arbets tid per vecka	I fråga om deltidarbete, arbetstiden och antalet arbetsdagar per vecka samt orsaken till deltidarbete	
	Ytterligare information om anställningen och lönen kan erhållas av (t.ex. löneräknare; namn, telefon och e-adress)		

Uppgifter om utbetalning av dagpenning

Sjuklön Anges utbetald sjuklön för fyra veckor efter olycksfallet, inte för olycksfallsdagen	Sjuklön har utbetalts för tiden	euro	
	Sjuklön har utbetalts för tiden	euro	
	Datum, då arbetsgivarens skyldighet att utbetala sjuklön upphör	Beräkningsgrund för sjuklön	
	Har sjuklön betalats för hela tiden av arbetsförmåga eller endast för en del t.ex. på grund av permittering eller deltidspension? <input type="checkbox"/> För hela tiden av arbetsförmåga <input type="checkbox"/> Endast för en del (fyll också i punkten Löneuppgifter)		
	Har sjuklön betalats endast för en del av lönen (t.ex. 50 % när anställningen varat under en månad)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (fyll också i punkten Löneuppgifter)		
Löneuppgifter Fylls i, om sjuklön inte alls har utbetalats, utbetalats endast för en del av lönen eller utbetalats endast för en del av tiden av arbetsförmåga	Penninglön för av fyra veckor före olycksfallet (t.ex. de två sista löneperioderna på två veckor) eller för en kortare tid, vilken anställningen varat (dagen för olycksfallet oräknad). För denna tid anges den intjänade penninglönen. Naturaförmåner, semesterpremie eller semesterpenning för KAPL-branscher uppges inte.		
	För tiden	euro	
	För tiden	euro	
	Beräkningsgrund för lönen euro / timme	Antalet arbetsdagar eller -timmar som ingår i ovannämnda tidsperiod	
	Frånvaro utan lön under ovannämnda tid, tidsperiod och orsak		
	Månadslön	Lön vid tiden för olycksfallet euro / mån	Eventuella tillägg, tilläggets art och medeltal euro / mån
Andra anställningar och företagareverksamhet	Har den skadade samtidigt haft andra arbetsgivare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Andra arbetsgivare (namn och adress)	
	Har den skadade samtidigt haft företagareverksamhet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Lantbruksföretagare <input type="checkbox"/> Annan företagare	Företagareverksamhetens art	
Andra utbetalningar av arbetsgivaren	Andra utbetalningar än sjuklön i euro, t.ex. sjukvårdskostnader (bifoga kvitto)		
Den skadades utbetalningar	Sjukvårdskostnader (bifoga kvitto) euro	Resekostnader (bifoga kvitto) euro	Andra utbetalningar (bifoga kvitto) euro
Sjukförsäkring	Har dagpenning enligt sjukförsäkringen sökt med anledning av olycksfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Namnet på Folkpensionsanstaltens lokalbyrå	
Underskrift	Ort, datum och arbetsgivarens eller arbetsgivarens företrädares underskrift och namnförtydligande samt telefonnummer och e-postadress		

Adress

PB 440, 00013 Helsingfors

För snabbare ersättningsbeslut, ring 010 253 0150 och www.a-vakuutus.fi