A-VAKUUTUS

ANMÄLAN OM OLYCKSFALL/YRKESSJUKDOM

Baserar sig på lagen den 20 augusti 1948 om olycksfalls-försäkring 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 (fullständigt kontonummer)	Enhet eller avdelning i företaget eller avdelningskod		

Uppgifter om den skadade

Efternamn och samtliga förnamn (tilltalsnamnet understryks)		Språk ☐ Fi ☐ Sv	Personbeteckning
Adress		Postnummer	Postkontor
Yrke	Nationalitet		Telefon
Bankförbindelse (fullständigt kontonummer)	Förskottsinnehållningsprocent (uppgifter från skattekortet)		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?	☐ Ja ☐ Nej		Andel, som han ensam eller gemensamt med sina familjemedlemmar äger	%	
Bor den skadade stadigvarande i arbetsgivarens hushåll?	☐ Nej ☐ 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?	☐ I arbetet ☐ Inte i arbetet, var?		☐ Under kaffe- eller matrast		
Skedde olycksfallet utanför arbetsplatsen?	☐ På arbetsuppdrag ☐ Under kaffe- eller matrast ☐ Under färd från arbetet till bostaden		☐ Under färd från bostaden till arbetet ☐ Under annan resa, vilken? ☐ Under fritiden		
Anmäldes olycksfallet till arbetsgivaren eller förmannen?	☐ Ja ☐ Nej	Anmälningsdatum	Upphörde den skadade med sitt arbete sedan olycksfallet inträffat?	☐ Nej ☐ Genast ☐ Senare	Datum och klockslag
När inleddes sjuk-vården?	☐ Omedelbart ☐ Senare	Datum	Sjukhus, hälsovårdscentral eller annan vårdplats (namn och adress)		
Arbetsoförmågan varade (uppskattningen görs av den som fyller i blanketten)	☐ 1 Den dag olycks-fallet inträffade ☐ 2 1-2 dagar	☐ 3 3 dagar - en månad ☐ 4 Över en månad	Har den skadade återupptagit sitt förra arbete?	☐ Ja ☐ 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, eksem; uppskattning av den som fyller i blanketten är tillräcklig)	
Skadad kroppsdel (t.ex. öga, rygg, fingrar, nedre extremiteter)	☐ Höger ☐ 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 hurudan 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 avvikelsen. **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)

A-Försäkring Ab, FO-nummer 1715947-2
Adress: Labbackavägen 1, 00350 Helsingfors, hemort: Helsingfors

107243e
OFF 6/2002

Ytterligare information om olycksfallet

Registernumret eller annan beteckning på det motorfordon, varmed den skadade färdades

Trafikförsäkringsbolag

Deltagande i trafiken ☐ som passagerare ☐ som förare

Registernumret eller annan beteckning på motpartens motorfordon

Trafikförsäkringsbolag

Förorsakades olycksfallet av den skadades berusning, vårdslöshet eller överträdelse av arbetarskyddsföreskrifter?

☐ Nej ☐ Ja, på vilket sätt?

Förorsakades olycksfallet av en annan person?

☐ Nej ☐ Ja

På vilket sätt? Av vem (namn och adress)?

Polisutredning med anledning av olycksfallet

☐ Nej ☐ Ja

Polisinrättningens namn

Ögonvittne till olycksfallet (namn och adress)

Uppgifter vid dödsfall

Den skadades dödsdag

Anhöriga (släktskapsförhållande, namn)

Förvaltare av dödsbo, namn, adress och telefon

Uppgifter om anställningar

Datum, då anställningen började

Anställning ☐ Tillsvidare-anställning ☐ Visstids-anställning

Datum, då visstidsanställningen var avsedd att upphöra?

Befattning

☐ Huvudsyssla ☐ Bisyssla ☐ Pensionär ☐ Studerande, läroinrättningens namn?

Arbetstid per vecka

I fråga om deltidsarbete, arbetstiden och antalet arbetsdagar per vecka samt orsaken till deltidsarbetet

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 arbetsoförmåga eller endast för en del t.ex. på grund av permittering eller deltidspension?

☐ För hela tiden av arbetsoförmåga ☐ 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)?

☐ Nej ☐ 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 arbetsoförmåga

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 företagarverksamhet

Har den skadade samtidigt haft andra arbetsgivare?

☐ Nej ☐ Ja

Andra arbetsgivare (namn och adress)

Har den skadade samtidigt haft företagarverksamhet?

☐ Nej ☐ Ja ☐ Lantbruksföretagare ☐ Annan företagare

Företagarverksamhetens 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 sökts med anledning av olycksfallet ?

☐ Nej ☐ 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

Rensa