A-VAKUUTUS

FÖRSÄKRINGSINTYG

Ges endast vid arbetsolycksfall eller yrkessjukdom

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

Ger vårdinrättningen och läkaren rätt att debitera sjukvårdskostnader för behandling i samband med arbetsolycksfall och yrkessjukdom direkt av A-Försäkring.

Ersättning av sjukvårdskostnader förutsätter att det är fråga om ett ersättningsbart olycksfall eller en ersättningsbar yrkessjukdom. A-Försäkring fattar beslut om ersättning.

Försäkring	Försäkringsbolag A-Försäkring Ab				Försäkring nr
Uppgifter om arbetsgivaren	Arbetsgivarens namn (företagets officiella namn)				FO-nummer
	Adress		Postnummer		Postkontor
	E-postadress	Telefon			Fax
	Bransch				Koncernbeteckning
	Företagets enhet eller avdelning				Avdelningskod
Uppgifter om den skadade	Efternamn och samtliga förnamn (tilltalsnamnet understryks)		Språk ☐ Fi ☐ Sv		Personbeteckning
	Adress		Postnummer		Postkontor
	Yrke				Nationalitet
	E-postadress				Telefon
Uppgifter om skadan	Olycksfallet inträffade/yrkessjukdomen yppade sig	Datum	Veckodag	Klockslag	Den dag olycksfallet 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 (dvs. på ett område som inte administreras av den egna arbetsgivaren)?	☐ På arbetsuppdrag ☐ Under kaffe- eller matrast ☐ Under färd från arbetet till bostaden		☐ Under färd från bostaden till arbetet ☐ Under annan resa, vilken? ☐ Under fritiden	
	Ytterligare information om olycksfallets förlopp kan erhållas av (t.ex. förman eller arbetsledare; namn, adress, telefon och e-adress)				
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.).				
Underskrift	Datum och arbetsgivarens (eller arbetsgivarens företrädares) underskrift och namnförtydligande samt telefonnummer och e-postadress, om annan än ovan				

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)**

Adress

PB 440, 00013 Pohjola

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

Skriv ut | Rensa

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

111409e
1. FÖRSÄKRINGSBOLAGET

A-VAKUUTUS

FÖRSÄKRINGSINTYG

Ges endast vid arbetsolycksfall eller yrkessjukdom

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

Ger vårdinrättningen och läkaren rätt att debitera sjukvårds-kostnader för behandling i samband med arbetsolycksfall och yrkessjukdom direkt av A-Försäkring.

Ersättning av sjukvårdskostnader förutsätter att det är fråga om ett ersättningsbart olycksfall eller en ersättningsbar yrkes-sjukdom. A-Försäkring fattar beslut om ersättning.

Försäkring	Försäkringsbolag A-Försäkring Ab				Försäkring nr
Uppgifter om arbetsgivaren	Arbetsgivarens namn (företagets officiella namn)				FO-nummer
	Adress		Postnummer		Postkontor
	E-postadress	Telefon			Fax
	Bransch				Koncernbeteckning
	Företagets enhet eller avdelning				Avdelningskod
Uppgifter om den skadade	Efternamn och samtliga förnamn (tilltalsnamnet understryks)		Språk ☐ Fi ☐ Sv		Personbeteckning
	Adress		Postnummer		Postkontor
	Yrke				Nationalitet
	E-postadress				Telefon
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 (dvs. på ett område som inte administreras av den egna arbetsgivaren)?	☐ På arbetsuppdrag ☐ Under kaffe- eller matrast ☐ Under färd från arbetet till bostaden		☐ Under färd från bostaden till arbetet ☐ Under annan resa, vilken? ☐ Under fritiden			
	Ytterligare information om olycksfallets förlopp kan erhållas av (t.ex. förman eller arbetsledare; namn, adress, telefon och e-adress)						
Hur inträffade olycksfallet / uppstod yrkes-sjukdomen	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.).						
Underskrift	Datum och arbetsgivarens (eller arbetsgivarens företrädares) underskrift och namnförtydligande samt telefonnummer och e-postadress, om annan än ovan						
	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)**		

Adress

PB 440, 00013 Pohjola

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

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

111409e
2. LÄKAREN/VÅRDINRÄTTNINGEN

A-VAKUUTUS

FÖRSÄKRINGSINTYG

Ges endast vid arbetsolycksfall eller yrkessjukdom

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

Ger vårdinrättningen och läkaren rätt att debitera sjukvårdskostnader för behandling i samband med arbetsolycksfall och yrkessjukdom direkt av A-Försäkring.

Ersättning av sjukvårdskostnader förutsätter att det är fråga om ett ersättningsbart olycksfall eller en ersättningsbar yrkessjukdom. A-Försäkring fattar beslut om ersättning.

Försäkring	Försäkringsbolag A-Försäkring Ab				Försäkring nr
Uppgifter om arbetsgivaren	Arbetsgivarens namn (företagets officiella namn)				FO-nummer
	Adress		Postnummer		Postkontor
	E-postadress	Telefon			Fax
	Bransch				Koncernbeteckning
	Företagets enhet eller avdelning				Avdelningskod
Uppgifter om den skadade	Efternamn och samtliga förnamn (tilltalsnamnet understryks)		Språk ☐ Fi ☐ Sv		Personbeteckning
	Adress		Postnummer		Postkontor
	Yrke				Nationalitet
	E-postadress				Telefon
Uppgifter om skadan	Olycksfallet inträffade/yrkessjukdomen yppade sig	Datum	Veckodag	Klockslag	Den dag olycksfallet 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 (dvs. på ett område som inte administreras av den egna arbetsgivaren)?	☐ På arbetsuppdrag ☐ Under kaffe- eller matrast ☐ Under färd från arbetet till bostaden		☐ Under färd från bostaden till arbetet ☐ Under annan resa, vilken? ☐ Under fritiden	
	Ytterligare information om olycksfallets förlopp kan erhållas av (t.ex. förman eller arbetsledare; namn, adress, telefon och e-adress)				
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.).				
Underskrift	Datum och arbetsgivarens (eller arbetsgivarens företrädares) underskrift och namnförtydligande samt telefonnummer och e-postadress, om annan än ovan				
	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)**

Adress

PB 440, 00013 Pohjola

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

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

111409e
3. ARBETSGIVAREN

A-VAKUUTUS

FÖRSÄKRINGSINTYG

Ges endast vid arbetsolycksfall eller yrkessjukdom

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

Ger vårdinrättningen och läkaren rätt att debitera sjukvårdskostnader för behandling i samband med arbetsolycksfall och yrkessjukdom direkt av A-Försäkring.

Ersättning av sjukvårdskostnader förutsätter att det är fråga om ett ersättningsbart olycksfall eller en ersättningsbar yrkessjukdom. A-Försäkring fattar beslut om ersättning.

Försäkring	Försäkringsbolag A-Försäkring Ab				Försäkring nr
Uppgifter om arbetsgivaren	Arbetsgivarens namn (företagets officiella namn)				FO-nummer
	Adress		Postnummer		Postkontor
	E-postadress	Telefon			Fax
	Bransch				Koncernbeteckning
	Företagets enhet eller avdelning				Avdelningskod
Uppgifter om den skadade	Efternamn och samtliga förnamn (tilltalsnamnet understryks)		Språk ☐ Fi ☐ Sv		Personbeteckning
	Adress		Postnummer		Postkontor
	Yrke				Nationalitet
	E-postadress				Telefon
Uppgifter om skadan	Olycksfallet inträffade/yrkessjukdomen yppade sig	Datum	Veckodag	Klockslag	Den dag olycksfallet 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 (dvs. på ett område som inte administreras av den egna arbetsgivaren)?	☐ På arbetsuppdrag ☐ Under kaffe- eller matrast ☐ Under färd från arbetet till bostaden		☐ Under färd från bostaden till arbetet ☐ Under annan resa, vilken? ☐ Under fritiden	
	Ytterligare information om olycksfallets förlopp kan erhållas av (t.ex. förman eller arbetsledare; namn, adress, telefon och e-adress)				
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.).				
Underskrift	Datum och arbetsgivarens (eller arbetsgivarens företrädares) underskrift och namnförtydligande samt telefonnummer och e-postadress, om annan än ovan				
	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)**
	Adress PB 440, 00013 Pohjola				

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

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

111409e
4. ARBETSGIVAREN