

ANMÄLAN OM OLYCKSFALL/YRKESSJUKDOM

med stöd av lagen den 20 augusti 1948 om olycksfallsförsäkring samt därtill anslutna lagar och förordningar.

1. UPPGIFTER OM ARBETS- GIVAREN	Arbetsgivarens namn (företagets officiella namn)			
	Telefon	Fax	E-postadress	FO-nummer
	Närmare adress		Postnummer	Postanstalt
	Bransch		Försäkringsnummer	Koncernsignum
	Bankförbindelse: fullständigt kontonummer		Företagets enhet eller avdelning eller avdelningskod	
2. UPPGIFTER OM DEN SKADADE	Släktnamn och samtliga förnamn (tilltalsnamnet understryks)		Telefon	Personbeteckning
	Närmare adress		Postnummer	Postanstalt Språk <input type="checkbox"/> fin <input type="checkbox"/> sv.
	Medborgarskap	Yrke	Bankförbindelse: fullständigt kontonummer	
	Beskattningskommun		Förskottsinnehållningsprocent (uppgifter från skattekortet) grundprocent tilläggsprocent	
	Inkomstgränsen, upp till vilken grundprocenten tillämpas (per år)			
	Differentierad innehållningsprocent (t.ex. skolelever och studerande) % till euro % till euro, av vilken redan som lön betalats euro			
	Är den skadade aktieägare i det företag, där han arbetar? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja; 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)?	
3. UPPGIFTER OM SKADAN	Datum, då olycksfallet inträffade/yrkessjukdomen yppade sig		Veckodag	Klockslag
	Orten där olycksfallet inträffade (kommun eller adress)			
	Inträffade olycksfallet på arbetsplatsen eller på ett därtill hörande område? <input type="checkbox"/> i arbetet <input type="checkbox"/> inte i arbetet; var <input type="checkbox"/> under kaffe- eller matrast			
	Inträffade olycksfallet utanför arbetsplatsen? <input type="checkbox"/> i arbetet <input type="checkbox"/> under färd från bostaden till arbetet <input type="checkbox"/> under annan färd; vilken <input type="checkbox"/> under kaffe- eller matrast <input type="checkbox"/> under färd från arbetet till bostaden <input type="checkbox"/> under fritiden			
	Den dag olycksfallet inträffade var arbetet avsett att börja kl. _____ att sluta kl. _____		Upphörde den skadade med sitt arbete efter olycksfallet senare <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> genast <input type="checkbox"/> datum och klockslag _____	
	Anmälde olycksfallet till arbetsgivaren? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja; datum _____		När inleddes sjukvården? Datum _____ Sjukhus, hälsovårdscentral eller annan vårdplats (namn och adress) <input type="checkbox"/> omedelbart <input type="checkbox"/> senare	
Arbetsförmåga varade (uppskattningen görs av den som fyller i blanketten) 1 <input type="checkbox"/> Den dag olycksfallet inträffade 2 <input type="checkbox"/> 1-2 dagar 3 <input type="checkbox"/> 3 dagar - en månad 4 <input type="checkbox"/> över en månad		Har den skadade återupptagit sitt förra arbete <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		
Datum för återgång till arbetet _____				
Tilläggsuppgifter om olycksfallets förlopp kan erhållas av (t.ex. förman eller arbetsledare, namn, adress, telefon och e-postadress)				
4. SKADANS ART	Skadans art (t.ex. benbrott, kross- eller brännskada, försträckning, eksem; 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			
5. HUR INTRÄFFADE OLYCKSFALLET/ UPPSTOD YRKES- SJUKDOMEN	Beskrivning av hur olycksfallet inträffade samt utredning av orsakerna till olycksfallet eller yrkessjukdomen samt beskrivning av arbetsmiljön. 1) I fråga om ett OLYCKSFALL PÅ ARBETSPLATSEN skall av beskrivningen framgå följande uppgifter: Vilket arbete (produktion, underhåll, sjömansarbete, osv.) och vilken arbetsuppgift (äkte truck, lyfte en börda osv.) personen utförde vid den tidpunkt då olycksfallet inträffade? Vilka avvikelser från det normala utförandet av arbetet ledde till olycksfallet (störning i eldistributionen, att förlora kontroll över ett handslipverkytyg, halkning osv.)? På vilket sätt uppstod skadan (verkytyget har skurit, personen har fått smolk i ögat osv.)? Vad orsakade skadan (press, svarv, stegen ställning osv.)? 2) I fråga om ett OLYCKSFALL UNDER ARBETSFÄRDEN skall av beskrivningen framgå den faktor som orsakade olycksfallet, det sätt på vilket personen rörde sig samt eventuell avvikelse från den sedvanliga arbetsfärdsvägen och orsaken till avvikelsen. 3. I fråga om en YRKESSJUKDOM skall av beskrivningen framgå den faktor av vilken yrkessjukdomen anses ha orsakats (namn på kemiskt ämne osv.).			

Vid ett **OLYCKSFALL PÅ ARBETSPLATSEN** kan klassifikationskoderna antecknas i nedanstående rutor (ytterligare anvisningar finns i den separata statistikföringsbilagan).

Arbetsuppgift (A)	Arbetsprestation (B)	Avvikelse (C)	Skadesätt (D)	Orsak (E)
-------------------	----------------------	---------------	---------------	-----------

6. TILLÄGGS-UPPGIFTER OM OLYCKSFALLET	Registernumret eller annan identifikationsbeteckning på det motorfordon, varmed den skadade färdades	Trafikförsäkringsbolag	Deltagande i trafiken <input type="checkbox"/> som passagerare <input type="checkbox"/> som förare	
	Registernumret eller annan identifikationsbeteckning 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 annan person?	På vilket sätt? Av vem (namn och adress)?		
	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja			
Har olycksfallet anmälts till polisen? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja; polisinskrivningens namn				
Ögonvittne till olycksfallet (namn, telefon och adress)				
7. UPPGIFTER VID DÖDSFALL	Den skadades dödsdag	Anhöriga (släktskapsförhållande och namn)		
	Förvaltare av dödsbo, namn, adress och telefon			
8. UPPGIFTER OM ARBETSFÖRHÅLLANDEN	Stadigvarande arbetsförhållande		Tidsbundet arbetsförhållande	
	<input type="checkbox"/> datum då arbetsförhållandet började		<input type="checkbox"/> tid under vilken arbetsavtalet gällde	
	Huvudsyssla	Bisyssla	Studerande	Pensionär
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> läroanstalt	<input type="checkbox"/>
	Arbets tid per vecka		I fråga om deltidsarbete, arbetstiden och antalet arbetsdagar per vecka samt orsaken till deltidsarbetet	
Tilläggsuppgifter om arbetsförhållandet och lönen kan erhållas av (t.ex. löneberäknare; namn, telefon, e-postadress)				

UPPGIFTER OM UTBETALNING AV DAGPENNING

9. LÖNEBELOPP FÖR SJUKDOMSTIDEN - anges utbetalda lönebelopp för sjukdomstiden (dagen för olycksfallet inte medräknad)	Lön för sjukdomstiden har utbetalats för tiden	euro
	Lön för sjukdomstiden har utbetalats för tiden	euro
	Datum, då arbetsgivarens skyldighet att utbetala lön för sjukdomstiden upphör	Beräkningsgrund för lön under sjukdomstiden
	Har lön för sjukdomstiden betalats för hela tiden av arbetsförmåga eller endast för en del t.ex. på grund av permittering eller delpension? <input type="checkbox"/> för hela tiden av arbetsförmåga <input type="checkbox"/> endast för en del; löneuppgifter ifylls i punkt 10	
	Har som lön för sjukdomstiden betalats endast en del av lönen (t.ex. 50 % i ett arbetsförhållande under en månad)? <input type="checkbox"/> ja; löneuppgifter bör ifyllas i punkt 10	

10. LÖNEUPPGIFTER Fylls i, om lön för sjukdomstiden inte alls har utbetalats eller endast en del av lönen har utbetalats eller lön utbetalats endast för en del av tiden för arbetsförmåga	Penninglön för tidsperioden av fyra veckor före olycksfallet (t.ex. de två sista löneperioderna på två veckor) eller för en kortare tid, vilken arbetsförhållandet varit (dagen för olycksfallet oräknad). För denna tidsperiod uppges arbetsinkomsten utan naturaförmåner och semesterpremie.	
	För tiden	euro
	För tiden	euro
	Beräkningsgrund för lönen (euro/timmen)	Antalet arbetsdagar eller -timmar som ingår i den ovannämnda tidsperioden
	Frånvaro utan lön under ovannämnda tid, tidsperiod och orsak	
	Månadslön	Lön vid tiden för olycksfallet euro/mån

11. ANDRA ARBETSFÖRHÅLLANDEN OCH FÖRETAGARVERKSAMHET	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 företagarkerksamhet? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> lantbruksföretagare <input type="checkbox"/> annan företagare: tilläggsuppgifter: företagarkerksamhetens art

12. ARBETSGIVARENS ANDRA UTBETALNINGAR	Andra utbetalningar än lön för sjukdomstiden euro, t.ex. sjukvårdskostnader (kvitton)
--	---

13. DEN SKADADES UTBETALNINGAR	Sjukvårdskostnader (kvitton) euro	Resekostnader (kvitton) euro	Andra utbetalningar (kvitton) euro
--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------------

14. SJUKFÖRSÄKRINGEN	Har dagpenning enligt SFL sökts med anledning av olycksfallet? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Folkpensionsanstaltens byrås namn
----------------------	--	-----------------------------------

15. UNDERSKRIFT	Ort och datum	Arbetsgivarens eller arbetsgivarens företrädarens underskrift, telefonnummer och namnförtydligande
-----------------	---------------	--