

**REDARNAS ÖMSEDIGA
FÖRSÄKRINGSBOLAG**

Ålandsvägen 3, Mariehamn
PB 121, 22101 MARIEHAMN
Tel. 018-29 000, Telefax 018-13 290

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) | | | |
| | Differenterad innehållningsprocent (t.ex. skolelever och studeranden) % 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 <input type="checkbox"/> senare <input type="checkbox"/> datum och klockslag _____ | |
| | När inleddes sjukvården? Datum _____ | | Sjukhus, hälsovårdscentral eller annan vårdplats (namn och adress) _____ | |
| 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 | | | |
| | 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 handslipverktyg, halkning osv.)? På vilket sätt uppstod skadan (verktyget har skurit, personen har fått smolk i ögat osv.)? Vad orsakade skadan (press, svarv, stège, 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.). | | | |
| | Tilläggsuppgifter om olycksfallets förlopp kan erhållas av (t.ex. förman eller arbetsledare, namn, adress, telefon och e-postadress) | | | |
| 5. HUR INTRÄFFADE OLYCKSFALLET/ UPPSTOD YRKES- SJUKDOMEN | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Vid ett **OLYCKSFALL PÅ ARBETSPLATSEN** kan klassifikationskoderna antecknas i nedanstående rutorna (ytterligare anvisningar finns i en separat statistikföringsbilaga).

| | | | | |
|-------------------|----------------------|---------------|---------------|-----------|
| 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. lönberäknare; 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 den har utbetalats endast för en del av lönen, eller 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 varat (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 | Eventuella tillägg, tilläggets art och medeltal, 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. SJUKFÖRSÅKRINGEN | 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 |