

Grundar sig på lagen om olycksfall i arbetet och om yrkessjukdomar som trädde i kraft den 1 januari 2016

1. Uppgifter om arbetsgivaren

Arbetsgivarens namn (företagets officiella namn)	
Utdelningsadress	
Postnummer och adressort	
Telefon	FO-nummer eller personbeteckning
Bransch	Försäkringsnummer
Bankförbindelse: kontonummer i IBAN-format	Enhet eller avdelningskod i företaget

2. Uppgifter om den skadade

Förnamn och efternamn	
Utdelningsadress	
Postnummer och adressort	
Personbeteckning	Språk <input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> svenska
Telefon	Yrke
E-postadress	
Bankförbindelse: kontonummer i IBAN-format	
Äger den skadade företaget? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
Ställning i företaget	
Ägarandel och röstetal ensam och tillsammans med familjemedlemmarna i %	
Ordinarie arbetsplats: kommun och adress	
Nationalitet	

3. Uppgifter om Olycksfallet

Datum när olycksfallet inträffade:	Veckodag:	Klockslag:
Platsen där olycksfallet inträffade (kommun och adress)		
Under olycksfallsdagen skulle arbetet ha börjat kl.		ha slutat kl.

4. Omständigheter under vilka olycksfallet inträffade

Inträffade olycksfallet: (välj ett alternativ bland punkterna 1–6 och svara på eventuell underfråga)

1. I arbetet, i samband med att arbetet utfördes
2. I arbetet, under resande som följer av arbetsuppgiften
3. På den plats där arbetet utförs, men inte i arbetsuppgiften.
Uppge även den plats där arbetet utförs:
 - 3a. På den plats för utförande av arbete som arbetsuppgiften kräver (t.ex. den ordinarie arbetsplatsen, kundens lokaler)
 - 3b. Arbetstagarens bostad
 - 3c. Annan lokal än den som arbetsgivaren ordnat (t.ex. ett café)
4. På en resa mellan bostaden och arbetsplatsen
5. Under en mat- eller rekreationspaus utanför den plats där arbetet utförs.
Uppge även den plats där arbetet utförs
 - 5a. På den plats för utförande av arbete som arbetsuppgiften kräver (t.ex. den ordinarie arbetsplatsen, kundens lokaler)
 - 5b. Arbetstagarens bostad
 - 5c. Annan lokal än den som arbetsgivaren ordnat (t.ex. ett café)
6. I annan än ovan nämnd verksamhet. Uppge var:
 - 6a. Under utbildning
 - 6b. I verksamhet som arbetsgivaren ordnar för att upprätthålla arbetsförmågan
 - 6c. Under rekreation
 - 6d. Under färd i anslutning till ovan nämnda funktioner
 - 6e. Under ett besök på en mottagning inom hälso- och sjukvården
 - 6f. I annan verksamhet, var _____

5. Hur olycksfallet gick till

Vilket arbete höll arbetstagaren på att utföra när skadefallet utvecklades och hur gick skadefallet till?

Om skadefallet inträffade under en resa, uppgive:

- resmålet, resrutten och färd sättet (t.ex. till fots, med bil)
- hur olycksfallet gick till

Uppgifter som insamlas för att förebygga olycksfall

Ifylls, då olycksfallet har inträffat i arbete eller på den plats där arbetet utförs, men inte i arbetsuppgifte

Arbetsplatsolycksfallens klassificeringskod antecknas i nedanstående fält

Närmare anvisningar finns i tilläggsanvisningarna till anmälan om olycksfall

Arbetsmiljö (A):	Arbetsuppgift (B):	Arbetsprestation (C):
Avvikelse (D):	Skadesätt (E):	Orsaken till olycksfallet (F):

6. Tilläggsuppgifter om olycksfallet

Avslutade den skadade sitt arbete efter att skadefallet inträffat?

nej ja senare(datum och klockslag):

Sjukvården inleddes (datum):

När informerades arbetsgivaren om olycksfallet, (datum)?

Den första vårdanstaltens namn- och adressuppgifter/ort

Orsakade olycksfallet arbetsoförmåga (ifyllarens bedömning)

nej ja; längd: skadedagen 1-2 dagar minst 3 dagar

Var är företagets företagshälsovård ordnad (namn- och adressuppgifter)?

Typ av skada (t.ex. fraktur, kross- eller brännskada, sträckning), det räcker med ifyllarens syn på saken

Skadad kroppsdel (t.ex. ögat, ryggen, fingrarna, nedre extremiteterna)		höger	vänster
Är det fråga om en trafikskada?	nej	ja	
Har olycksfallet anmälts till polisen?	nej	ja, polisanstaltens namn:	
Inverkade någon av följande faktorer på olycksfallets uppkomst (anteckna faktorn och berätta på vilket sätt den inverkade)?			
alkohol och droger		läkemedelsmissbruk	
förfarande som strider mot arbetarskyddsbestämmelserna		grov oaktsamhet/brott	
På vilket sätt inverkade faktorn på olycksfallets uppkomst?			

7. Anställningsuppgifter, ifylls om arbetsoförmåga i minst 3 dagar

Anställningar var:		
Fortlöpande anställning, anställningen börjat: _____		
Visstidsanställning, för vilken tid har anställningen avtalats _____		
huvudsyssla	bisyssla	Arbetstid per vecka:
Om arbetet sker på deltid, arbetsdagens längd, antalet arbetsdagar/vecka och orsaken till deltidsarbete		
Närmare upplysningar om anställningen och lönen ger (t.ex. löneräknaren; namn, telefon, e-postadress)		
Har arbetstagaren samtidigt andra arbetsgivare?		
nej	ja, arbetsgivarens namn- och kontaktuppgifter:	

Har den skadade samtidigt arbetat som företagare?

nej

ja;

som lantbruksföretagare

som annan företagare

Är den skadade:

studerande, uppge läroanstalten: _____

pensionstagare, med vilken pension och
från vilken tidpunkt:

8. Inkomstuppgifter

Ifylls om arbetsförmåga i minst 3 dagar

Löneuppgifter: penninglön under 4 veckor före olycksfallet eller för en kortare tid än så, under vilken anställningen pågått (skadedagen anmäls inte i löneuppgifterna).

Den intjänade penninglönen anmäls, men inte naturaförmåner eller semesterpenning.

Uppgifter om förskottsinnehållning (uppgifterna på skattekortet)

Grundprocent

Tilläggsprocent

Inkomstgräns för grundprocenten (årsbelopp)

Betalas lön för sjukdomstiden?

1. Ja (fyll i punkterna 1a–1d)

2. Nej (fyll i punkterna 2a–2d)

Beloppet av lönen för sjukdomstiden anmäls senare

1a. Lön för sjukdomstiden har betalats

euro

1b. Datum när skyldigheten för att betala lön för sjukdomstiden upphör

1c. Har lön för sjukdomstiden betalats för hela tiden för arbetsförmåga eller endast under en del av den t.ex. på grund av permittering eller deltidspension?

under hela tiden med arbetsförmåga

endast under en del av tiden; löneuppgifterna ska ifyllas, punkt 2a–2d

1d. Har endast en del av lönen betalats som lön för sjukdomstiden (t.ex. 50 procent då anställningen varit kortare än en månad)?

ja; löneuppgifterna ska ifyllas, punkt 2a–2d

nej

Fyll i löneuppgifterna, om lön för sjukdomstid inte har betalats alls eller punkt 1c. eller 1d. har valts

2a. Lön för tiden

euro

2b. Lönebestämningsgrunden euro/timme

2c. Oavlönad frånvaro under ovan nämnda tid, tidpunkten för och orsaken till den

2d. Månadslön

Lön när olycksfallet inträffade euro/mån. _____

eventuella tillägg, typ av tillägg och genomsnittligt belopp i euro/mån

9. Underskrift

Närmare upplysningar om olycksfallet ger (namn, telefon och e-postadress)

Ort och datum

Arbetsgivarens/arbetsgivarens företrädares underskrift, telefonnummer och e-postadress