

1. UPPGIFTER OM ARBETS-GIVAREN	Arbetsgivarens namn (företagets officiella namn)					
	Utdelningsadress			Postnummer	Adressort	
	Telefon			FO-nummer		
	Bransch			Försäkringsnummer		
	Bankförbindelse: kontonummer i IBAN-format			Enhet eller avdelningskod i företaget		
2. UPPGIFTER OM DEN SKADADE	Förnamn och efternamn			Personbeteckning		
	Utdelningsadress		Postnummer	Adressort	Språk <input type="checkbox"/> fi <input type="checkbox"/> sv	
	Telefon		E-postadress			
	Yrke		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. OM-STÄNDIGHETER UNDER VILKA OLYCKSFALLET INTRÄFFADE	Inträffade olycksfallet: (välj ett alternativ bland punkterna 1–6 och svara på eventuell underfråga)					
<input type="checkbox"/> 1. I arbetet, i samband med att arbetet utfördes						
<input type="checkbox"/> 2. I arbetet, under resande som följer av arbetsuppgiften						
<input type="checkbox"/> 3. På den plats där arbetet utförs, men inte i arbetsuppgiften. Uppge även den plats där arbetet utförs:						
<input type="checkbox"/> 3a. På den plats för utförande av arbete som arbetsuppgiften kräver (t.ex. den ordinarie arbetsplatsen, kundens lokaler)						
<input type="checkbox"/> 3b. Arbetstagarens bostad						
<input type="checkbox"/> 3c. Annan lokal än den som arbetsgivaren ordnat (t.ex. ett café)						
<input type="checkbox"/> 4. På en resa mellan bostaden och arbetsplatsen						
<input type="checkbox"/> 5. Under en mat- eller rekreationspaus utanför den plats där arbetet utförs. Uppge även den plats där arbetet utförs:						
<input type="checkbox"/> 5a. På den plats för utförande av arbete som arbetsuppgiften kräver (t.ex. den ordinarie arbetsplatsen, kundens lokaler)						
<input type="checkbox"/> 5b. Arbetstagarens bostad						
<input type="checkbox"/> 5c. Annan lokal än den som arbetsgivaren ordnat (t.ex. ett café)						
<input type="checkbox"/> 6. I annan än ovan nämnd verksamhet. Uppge var:						
<input type="checkbox"/> 6a. Under utbildning						
<input type="checkbox"/> 6b. I verksamhet som arbetsgivaren ordnar för att upprätthålla arbetsförmågan						
<input type="checkbox"/> 6c. Under rekreation						
<input type="checkbox"/> 6d. Under färd i anslutning till ovan nämnda funktioner						
<input type="checkbox"/> 6e. Under ett besök på en mottagning inom hälso- och sjukvården						
<input type="checkbox"/> 6f. I annan verksamhet, var: 7. Fritid						
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, uppges:					
	- resmålet, resrutten och färdstättet (t.ex. till fots, med bil)					
	- hur olycksfallet gick till					
UPPGIFTER SOM INSAMLAS FÖR ATT FÖREBYGGA OLYCKSFALL						
Arbetsplatsolycksfallens klassificeringskod antecknas i nedanstående fält			Ifylls, då olycksfallet har inträffat i arbete eller på den plats där arbetet utförs, men inte i arbetsuppgiften			
Arbetsmiljö (A):			Närmare anvisningar finns i tilläggsanvisningarna till anmälan om olycksfall			
Arbetsuppgift (B):		Arbetsprestation (C):		Avvikelse (D):		
Skadesätt (E):		Orsaken till olycksfallet (F):				

6. TILLÄGGS-UPPGIFTER OM OLYCKSFALLET	Avslutade den skadade sitt arbete efter att skadefallet inträffat? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> senare (datum och klockslag): _____		Sjukvården inleddes (datum): _____
	Den första vårdanstaltens namn- och adressuppgifter/ort		
	Orsakade olycksfallet arbetsförmåga (ifyllarens bedömning) <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja; längd: <input type="checkbox"/> skadedagen <input type="checkbox"/> 1-2 dagar <input type="checkbox"/> minst 3 dagar		När informerades arbetsgivaren om olycksfallet, (datum)? _____
	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) <input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster		
	Är det fråga om en trafikskada? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Har olycksfallet anmälts till polisen? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, polisanstaltens namn: _____		
7. ANSTÄLLNINGS-UPPGIFTER Ifylls om arbetsförmåga i minst 3 dagar	<input type="checkbox"/> Fortlöpande anställning Anställningen börjat: _____		<input type="checkbox"/> Visstidsanställning För vilken tid har anställningen avtalats: _____
	<input type="checkbox"/> huvudsyssla <input type="checkbox"/> bisyssla	Arbetstid per vecka	
	Om arbetet sker på deltid, arbetsdagens längd, antalet arbetsdagar/vecka och orsaken till deltidarbete		
	Närmare upplysningar om anställningen och lönen ger (t.ex. löneräknaren; namn, telefon, e-postadress)		
	Har arbetstagaren samtidigt andra arbetsgivare? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, arbetsgivarens namn- och kontaktuppgifter: _____		
	Har den skadade samtidigt arbetat som företagare? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> som lantbruksföretagare <input type="checkbox"/> som annan företagare		
	Är den skadade: <input type="checkbox"/> studerande; uppge läroanstalten: _____ <input type="checkbox"/> pensionstagare; med vilken pension och från vilken tidpunkt: _____		
8. INKOMST-UPPGIFTER 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? <input type="checkbox"/> 1. Ja (fyll i punkterna 1a–1d) <input type="checkbox"/> 2. Nej (fyll i punkterna 2a–2d) <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> under hela tiden med arbetsförmåga <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> ja; löneuppgifterna ska ifyllas, punkt 2a–2d <input type="checkbox"/> 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	