

Uppgifter om arbetsgivaren	Arbetsgivarens namn (företagets officiella namn)		Telefon	E-postadress	FO-nummer	
	Adress		Postnummer och postanstalt			
	Bransch		Försäkringsnummer	Koncernsignum		
	Kontonummer		Enhet eller avdelning, där olycksfallet inträffade, eller avdelningskod			
Uppgifter om den skadade	Tillnamn och samtliga förnamn (tilltalsnamnet understrycks)		Telefon	Personbeteckning		
	Adress		Postnummer och postanstalt		Språk <input type="checkbox"/> fin <input type="checkbox"/> sve	
	Yrke		Kontonummer			
	Beskattningskommun		Förskottsinnehållningsprocent (uppgifter från skattekortet) grundprocent tilläggsprocent			
	Inkomstgränsen, upp till vilken grundprocenten tillämpas	Per år	Per månad	Per två veckor	Per vecka	Per dag
	Differentierad innehållningsprocent (t.ex. skolelever och studeranden)		euro, av vilken redan som lön betalats			euro
	% 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)		
Uppgifter om skadan	Datum, då olycksfallet inträffade/yrkessjukdomen yppade sig	Veckodag	Klockslag	Den dag olycksfallet inträffade var arbetet avsett att börja kl. att sluta kl.		
	Orten där olycksfallet inträffade (stad, gata, nr eller kommun, by, gård)			Vilket arbete gjorde den skadade när olycksfallet inträffade?		
	Förhållanden under vilka olycksfallet inträffade/yrkessjukdomen yppade sig	<input type="checkbox"/> i arbetet		<input type="checkbox"/> på arbetsplatsen eller på därtill hörande område (utom arbetet)	<input type="checkbox"/> under kaffe- eller matrast	<input type="checkbox"/> under färd från bostaden till arbetet
		<input type="checkbox"/> under färd från arbetet till bostaden		<input type="checkbox"/> på annan plats utanför arbetsplatsen	<input type="checkbox"/> under fritiden	
	Anmälan om olycksfallet till arbetsgivaren eller förmannen <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Anmälningsdatum	Upphörde den skadade med sitt arbete efter olycksfallet? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> genast <input type="checkbox"/> senare datum och klockslag			
	Sjukvården inleddes <input type="checkbox"/> omedelbart <input type="checkbox"/> senare	Datum	Sjukhus, hälsovårdscentral eller annan vårdplats (namn och adress)			
Arbetsförmåga varade (uppskattningen görs av den som fyller i blanketten) <input type="checkbox"/> 1 den dag olycksfallet inträffade <input type="checkbox"/> 2 1-2 dagar <input type="checkbox"/> 3 3 dagar – en månad <input type="checkbox"/> 4 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 ges av (t.ex. förman eller arbetsledare, namn adress och telefon)						
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					
Hur inträffade olycksfallet/uppstod yrkessjukdomen	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 (körde truck, lyfte en börda osv.) utförde personen vid den tidpunkt då olycksfallet inträffade? Vilka avvikelser från det normala utförandet av arbetet ledde till olycksfallet (störning i eldistributionen, förlorande av kontrollen över ett handslipvertyg, halkning osv.)? På vilket sätt uppstod skadan (skurit sig på verktyg, personen har fått smolk i ögat osv.)? Vad orsakade skadan (press, svarv, stege, 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 arbetsvägen och orsaken till avvikelsen. 3) I fråga om en yrkessjukdom skall av beskrivningen framgå den faktor som yrkessjukdomen anses ha orsakats av (namn på kemiskt ämne osv.)					

Tilläggsuppgifter 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? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	På vilket sätt? Av vem (namn och adress)			
Polisutredning <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Polisinrättningens eller länsmansdistriktets namn	Ögonvittne (namn och adress)			
Uppgifter vid dödsfall	Den skadades dödsdag	Anhöriga (släktskapsförhållande, namn)			
	Befolkningsregisters namn	Förvaltare av dödsbo, namn adress och telefon			
Uppgifter om arbetsförhållanden	Datum, då arbetsförhållandet började	<input type="checkbox"/> Stadigvarande arbetsförhållande <input type="checkbox"/> Tidsbundet arbetsförhållande	Datum, då det tidsbundna arbetsförhållandet var avsett att upphöra		
	<input type="checkbox"/> Huvudsyssla <input type="checkbox"/> Bisyssla <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Pensionär				
	Arbets tid per vecka	Vid deltidarbete ange arbetstiden och antalet arbetsdagar per vecka samt orsaken till deltidarbete			
	Tilläggsuppgifter om arbetsförhållandet och lönen ges av (t.ex. lönberäknare, namn och telefon)				
Uppgifter om utbetalning av dagpenning	ERSÄTTNINGEN FÖR FYRA VECKOR EFTER OLYCKSFALLET FASTSTÄLLS BEROENDE PÅ OM LÖN FÖR SJUKDOMSTIDEN HAR UTBETALATS ELLER INTE. FÖRSÄKRINGSANSTALTEN BER OM SEPARATA LÖNEUPPGIFTER, IFALL ARBETSFÖRMÅGAN PÅGÅR FYRA VECKOR EFTER OLYCKSFALLET.				
Lön för sjukdomstiden	Lön för sjukdomstiden har utbetalats <input type="checkbox"/> (lönebeloppet anges i punkt 1)	Lön för sjukdomstiden har inte utbetalats <input type="checkbox"/> (löneuppgifter fylls i punkt 2)			
1. Lönebelopp för sjukdomstiden Anges utbetald lön för sjukdomstiden (dagen för olycksfallet omedräknad)	Lön för sjukdomstiden har utbetalats för tiden	euro			
	Lön för sjukdomstiden har utbetalats för tiden	euro			
	Datum, då arbetsgivarens skyldighet att utbetala lön upphör	Beräkningsgrund för lön under sjukdomstiden			
Har lön för sjukdomstiden betalats för hela perioden av arbetsoförmåga eller endast för en del t.ex. på grund av permittering? <input type="checkbox"/> För hela perioden av arbetsoförmåga <input type="checkbox"/> Endast för en del; löneuppgifter fylls i punkt 2					
2. Löneuppgifter Fylls i, om lön för sjukdomstiden inte utbetalats eller utbetalats endast för en del av perioden för arbetsoförmåga	Penninglön för fyra veckor	Penninglön för 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.			
	Arbetsförhållande på minst en vecka	Betald lön för fyra veckor (eller för ett kortare arbetsförhållande)	För tiden	euro	
			För tiden	euro	
	Beräkningsgrund för lönen (euro/timme)		Antalet arbetsdagar eller -timmar som ingår i ovannämnda period		
	Frånvaro utan lön under ovannämnda tid, period och orsak				
Arbetsförhållande under en vecka	Utbetald lön för tiden	Antalet arbetsdagar eller -timmar som ingår i ovannämnda period	Avsedd avslutningsdag av arbetsförhållandet		
Månadslön	Lön vid tiden för olycksfallet, euro/mån	Eventuella tillägg, tilläggets art och medeltal, euro/mån			
Andra arbetsförhållanden och företagareverksamhet	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 företagareverksamhet? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Lantbruksföretagare <input type="checkbox"/> Annan företagare tilläggsuppgifter; företagareverksamhetens art					
Andra utbetalningar	Andra utbetalningar än lön för sjukdomstiden, t.ex. sjukvårdskostnader (kvitton)				
Den skadades utbetalningar	Sjukvårdskostnader (kvitton), euro	Resekostnader (kvitton), euro	Andra utbetalningar (kvitton), euro		
Sjukförsäkringen	Har dagpenning enligt SFL sökts med anledning av olycksfallet? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Folkpensionsanstaltens lokalbyrå			
Underskrift	Ort och datum		Arbetsgivarens eller arbetsgivarens företrädares underskrift, telefonnummer, namnförtydligande och E-postadress		