

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

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 OLYCKS- FALLET	Registernumret eller annan identifikationsbeteckning på det motorfordon, varmed den skadade färdades		Trafikförsäkringsbolag		Deltagande i trafiken ☐ som passagerare ☐ som förare	
	Registernumret eller annan identifikationsbeteckning på motpartens motorfordon		Trafikförsäkringsbolag			
	Försakades olycksfallet av den skadades berusning, vårdslöshet eller överträdelse av arbetarskyddsföreskrifter? ☐ nej ☐ ja; på vilket sätt?					
	Försakades olycksfallet av annan person? ☐ nej ☐ ja		På vilket sätt? Av vem (namn och adress)?			
	Har olycksfallet anmälts till polisen? ☐ nej ☐ 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 ARBETSFÖR- HÅLLANDEN	Stadigvarande arbetsförhållande ☐ datum då arbetsförhållandet började			Tidsbundet arbetsförhållande ☐ tid under vilken arbetsavtalet gällde		
	Huvudsyssla ☐	Bisyssla ☐	Studerande ☐ läroanstalt			Pensionär ☐
	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 SJUK- DOMSTIDEN - anges utbe- talda löne- belopp 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 arbetsoförmåga eller endast för en del t.ex. på grund av permittering eller delpension? ☐ för hela tiden av arbetsoförmåga ☐ 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)? ☐ ja; löneuppgifter bör ifyllas i punkt 10					
10. LÖNEUPP- GIFTER 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 arbetsoförmåga	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 ARBETSFÖR- HÅLLANDEN OCH FÖRETAGAR- VERKSAMHET	Har den skadade samtidigt haft andra arbetsgivare? ☐ nej ☐ ja					
	Andra arbetsgivare (namn och adress)					
	Har den skadade samtidigt haft företagarkerksamhet? ☐ nej ☐ ja ☐ lantbruksföretagare ☐ annan företagare: tilläggsuppgifter: företagarkerksamhetens art					
12. ARBETSGIVA- RES ANDRA UT- BETALNINGAR	Andra utbetalningar än lön för sjukdomstiden euro, t.ex. sjukvårdskostnader (kvitton)					
13. DEN SKADADES UTBETAL- NINGAR	Sjukvårdskostnader (kvitton) euro		Resekostnader (kvitton) euro		Andra utbetalningar (kvitton) euro	
14. SJUKFÖR- SÄKRINGEN	Har dagpenning enligt SFL sökts med anledning av olycksfallet? ☐ nej ☐ ja		Folkpensionsanstaltens byrås namn			
15. UNDERSKRIFT	Ort och datum		Arbetsgivarens eller arbetsgivarens företrädarens underskrift, telefonnummer och namnförtydligande			