

UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE

Förnamn	Efternamn
Personbeteckning	<input type="checkbox"/> Sökanden har en spärrmarkering
	Sökanden har en spärrmarkering som fastställts av Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata (MDB). Uppgiften hämtas automatiskt från befolkningsdatasystemet (BDS).
Gatuadress	
Postnummer	Postanstalt
E-postadress	Telefon
Kontaktspråk	<input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska
Kontaktpersonens namn	
Kontaktpersonens kontaktuppgifter	

UPPGIFTER OM ANSTÄLLNINGSFÖRHÅLLET

Anställningsförhållande	
<input type="checkbox"/> Arbets- eller tjänsteförhållande <input type="checkbox"/> Studerande eller skolelev <input type="checkbox"/> Pensionär Avtalsbrandkårist	<input type="checkbox"/> Arbetsprövning eller -träning, precisera: <input type="checkbox"/> jobbsökarträning <input type="checkbox"/> karriärträning <input type="checkbox"/> arbetsträning <input type="checkbox"/> arbetsprövning på arbetsplatsen <input type="checkbox"/> utbildningsprövning vid läroanstalt
Är det fråga om en person som är intagen på en straffanstalt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, frigivningstidpunkt från straffanstalten
Arbetsgivarämbetsverk eller läroanstalt	
Yrke	
Typ av anställning	<input type="checkbox"/> Tills vidare <input type="checkbox"/> Tidsbunden
Anställningens natur	<input type="checkbox"/> Huvudsyssla <input type="checkbox"/> Bisyssla <input type="checkbox"/> Annat, vad?



Arbetstid	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid
Arbetstid per vecka i timmar Om deltid, ange antal arbetsdagar per vecka och deras längd	
Orsak till deltidarbete	
Har du andra arbetsgivare samtidigt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Övriga arbetsgivare	
Arbetar du samtidigt som företagare?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Företagets namn	
Försäkringsbolag för företagarförsäkring	

UPPGIFTER OM OLYCKAN

Typ av olycksfall eller sjukdom	<input type="checkbox"/> Olycksfall i arbetet <input type="checkbox"/> Yrkessjukdom eller misstanke om yrkessjukdom
Datum när olyckan inträffade eller sjukdomen visade sig (dd.mm.åååå)	
Klockslag då olyckan inträffade	
Land där olyckan inträffade eller sjukdomen visade sig	
Kommun där olyckan inträffade eller sjukdomen visade sig	
Omständigheter då olyckan inträffade	
<input type="checkbox"/> I distansarbete <input type="checkbox"/> I arbete (inte resa eller distansarbete) <input type="checkbox"/> Resa i anslutning till arbetsuppgift <input type="checkbox"/> Området där arbetet utförs, inte i arbetsuppgift <input type="checkbox"/> Resa mellan bostaden och arbetsplatsen <input type="checkbox"/> Mat- eller rekreationspaus <input type="checkbox"/> Utbildningstillfälle <input type="checkbox"/> Rekreationstillfälle <input type="checkbox"/> Verksamhet för att upprätthålla arbetsförmågan	
<input type="checkbox"/> Besök inom hälso- och sjukvården på grund av olycksfall/yrkessjukdom <input type="checkbox"/> Besök inom hälso- och sjukvården av annan orsak <input type="checkbox"/> Motionsidrott <input type="checkbox"/> Resor till utbildning eller rekreation, hälsofrämjande verksamhet, hälso- och sjukvård eller motionsidrott <input type="checkbox"/> Inkvartering under farliga förhållanden <input type="checkbox"/> Fritid	
Är det fråga om en trafikskada?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja



Fordonet som sökanden använde Uppgifter om fordonet som du själv körde eller åkte i. Om du inte känner till registernumret eller trafikförsäkringsbolaget, skriv "ej känt" på raden.	
Registreringsnummer	Trafikförsäkringsbolag
Arbetstid under olycksdagen Ange planerad arbetstid om arbetstiden har ändrats på grund av olyckan	
Beskrivning av olycksfallet Beskriv så noggrant som möjligt hur och under vilka förhållanden skadan inträffade eller sjukdomen uppstod. Berätta vad du anser orsakade skadan eller insjuknandet. Om det är fråga om en olycka, berätta vad som orsakade den. Uppge om den orsakades av en annan person.	

UPPGIFTER OM SKADAN

Skadad kroppsdel Ange skadad kroppsdel så exakt som möjligt	
Skadans art	
Har vården av skadan krävt läkarbesök eller annan sjukvård?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ange datum då sjukvården inleddes samt vårdplatser Ange vårdplatsens fullständiga namn. Vårdplatsen kan vara ett allmänt eller privat sjukhus, en hälsostation eller annan vårdinrättning. Ange den första vårdplatsen.	
Har du haft motsvarande skada eller sjukdom tidigare?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ange vårdplatser Ange vårdplatsens fullständiga namn, t.ex. Hyvinge sjukhus	



ANSÖKAN OM ERSÄTTNING

Har olycksfallet eller sjukdomen gjort dig arbetsförmögen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Arbetsförmågans eller sjukledighetens varaktighet (dd.mm.åååå började–slutade)	- <input type="checkbox"/> Fortsättningsvis arbetsförmögen
Har du fått lön under sjukledigheten?	<input type="checkbox"/> Ja, under hela sjukledigheten <input type="checkbox"/> Ja, under en del av sjukledigheten; tidpunkt: - <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet inte
Mer information om lön för sjukdomstiden	
Har du ansökt om eller fått andra ersättningar under sjukledigheten?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> ersättning beviljad <input type="checkbox"/> inget beslut ännu <input type="checkbox"/> ersättning beviljades inte
Typ av ersättning och betalare	
<input type="checkbox"/> Sjukdagpenning <input type="checkbox"/> Arbetslöshetsdagpenning <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Rehabiliteringspenning	<input type="checkbox"/> Studiepenning <input type="checkbox"/> Kommunalt ordnad vård eller omsorg inom sluten vård eller familjevård <input type="checkbox"/> Annan ersättning
Har vården av skadan eller sjukdomen orsakat kostnader som du själv har betalat? T.ex. sjukvårds- och läkemedelskostnader samt resekostnader	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ange kostnadstyp Lägg till varje kostnad på en egen rad. T.ex. sjukvård, läkemedel och förband, resekostnader eller andra kostnader.	Belopp €



BETALNINGSUPPGIFTER

IBAN-kontonummer Ange IBAN-kontonumret i formen landskod, kontrollnummer och kontonummer, t.ex. FI12 3456 7890 1234 56.

BETALNINGSFÖRBINDELSER

Har du fått läkarremiss som du behöver en betalningsförbindelse för?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Behov av vård Ange för vad du ansöker om betalningsförbindelse	

TILLÄGGSUPPGIFTER

--

BEKRÄFTA OCH SKICKA IN BLANKETTEN

- 📌 Skicka ansökan elektroniskt via tjänsten Turvaviest: <https://turvaviest.valtiokonttori.fi>
Vi rekommenderar inte att personuppgifter skickas via en okrypterad e-postförbindelse.
- 📌 Ansökan kan även skickas per post: **Statskontoret, PB 200, 00054 STATSKONTORET**

Plats och tid	Underskrift och namnförtydligande



KLASSIFICERINGSKODER FÖR OLYCKSFALL

Arbetsmiljö	
<input type="checkbox"/> Produktionsanläggning, fabrik, verkstad	<input type="checkbox"/> Lantbruk – odling av träd och buskar
<input type="checkbox"/> Serviceområde, reparationsverkstad	<input type="checkbox"/> Skogsbruk
<input type="checkbox"/> Område som närmast är avsett för lagring, lastning och lossning av last	<input type="checkbox"/> Andra arbetsmiljöer inom primärproduktionen som inte uppräknas ovan
<input type="checkbox"/> Andra arbetsmiljöer inom industrin som inte uppräknas ovan	<input type="checkbox"/> Kontor, mötesrum, bibliotek osv.
<input type="checkbox"/> Byggarbetsplats – byggnad som uppförs	<input type="checkbox"/> Läroanstalt, skola, gymnasium, institut, universitet, barnkrubba, daghem
<input type="checkbox"/> Byggarbetsplats – byggnad som rivs eller renoveras	<input type="checkbox"/> Butik, liten eller stor (även gatuförsäljning)
<input type="checkbox"/> Gruva, öppet stenbrott, grop, schakt (fungerande öppna stenbrott och stenbrott inbegripet)	<input type="checkbox"/> Restaurang, nöjesplats, inkvarteringsställe, (även muséer, scener, mässor osv.)
<input type="checkbox"/> Andra byggarbetsplatser som inte uppräknas ovan	<input type="checkbox"/> Vårdinrättningar – ospecificerad
<input type="checkbox"/> Boskapsuppfödning	<input type="checkbox"/> Offentlig arbetsmiljö – ospecificerad (inklusive idrottsanläggningar)
<input type="checkbox"/> Lantbruk – Jordbruk	<input type="checkbox"/> Hem – ospecificerat
	<input type="checkbox"/> Annan arbetsmiljö som inte nämns i denna klassificering
	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Arbetsuppgift	
<input type="checkbox"/> Produktion, förädling, bearbetning, lagerarbete	Precisera arbetsuppgift:
<input type="checkbox"/> Markbyggnad, konstruktion, rivning	
<input type="checkbox"/> Jord- och skogsbruk, trädgårdsskötsel, fiskodling, djurskötsel	
<input type="checkbox"/> Offentliga och privata tjänster	
<input type="checkbox"/> Stödfunktioner	
<input type="checkbox"/> Transport, förflyttning, idrott, konst	
<input type="checkbox"/> Andra uppgifter som utförts på arbetsplatsen	
<input type="checkbox"/> Ingen uppgift om arbetsuppgiften	
Arbetsprestation	
<input type="checkbox"/> Arbete med eller vid maskin (starta, mata in i, övervaka maskin o.d.)	<input type="checkbox"/> Manuell transport av en börda (lyfta, sänka, dra, skjuta, bära o.d.)
<input type="checkbox"/> Arbete med handverktyg (bormaskin, hammare o.d.)	<input type="checkbox"/> Rörelse av personen (även på stället, såsom att klä på sig, tvätta sig)
<input type="checkbox"/> Köra/vara ombord på ett transportmedel/utrustning för förflyttning av material	<input type="checkbox"/> Att vara på stället på arbetsplatsen (sitta, stå, diskutera, bildskärms- och kontrollrumsarbete o.d.)
<input type="checkbox"/> Hantering av föremål (gripa tag i, öppna, stänga, fästa vid, kasta, placera, hålla o.d.)	<input type="checkbox"/> Annan arbetsprestation som inte räknats upp
	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift om arbetsprestation



Avvikelse	
<input type="checkbox"/> Elektrisk störning, explosion, brand	<input type="checkbox"/> Trampa på ett vasst föremål, fastna, stöta sig, ställa sig på knä, sätta sig
<input type="checkbox"/> Ämne som rinner över, strömmar ut, läcker ut, förångas, dammar	<input type="checkbox"/> Plötslig fysisk överbelastning (när personen gör ett lyft, skjuter på, vrider sig, vacklar till o.d.)
<input type="checkbox"/> Brott, fall, halka, kollision (under eller ovanpå en person)	<input type="checkbox"/> Våld (orsakat av människa eller djur), traumatisk upplevelse, avvikande närvaro (t.ex. passering av säkerhetssystem)
<input type="checkbox"/> Förlorad kontroll över maskin (start vid fel tidpunkt, avlägsnande av störning), verktyg, föremål, djur	<input type="checkbox"/> Annan avvikelse som inte räknats upp
<input type="checkbox"/> En person faller, hoppar, ramlar, halkar	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift om avvikelsen
Orsak	
<input type="checkbox"/> Passager, underlag, mark, dörrar, väggar, fönster, hinder	<input type="checkbox"/> Andra transportfordon
<input type="checkbox"/> Konstruktioner över marknivå	<input type="checkbox"/> Material, föremål, produkter, skärvor, maskindelar (även spikar, skruvar, rullar, hasplar, bördor, laster o.d.)
<input type="checkbox"/> Konstruktioner eller fördjupningar under marknivå	<input type="checkbox"/> Kemiska, radioaktiva, biologiska ämnen, vätskor
<input type="checkbox"/> Rör, slangar, ventiler, kopplingsanordningar, kanaler	<input type="checkbox"/> Säkerhetsanordningar och säkerhetsutrustning, skydd
<input type="checkbox"/> Motorer, anordningar för överföring och lagring av energi	<input type="checkbox"/> Föremål och apparater i kontor och hem, hobby- och sportutrustning, personlig utrustning
<input type="checkbox"/> Handverktyg	<input type="checkbox"/> Människor, djur, växter
<input type="checkbox"/> Manuella verktygsmaskiner	<input type="checkbox"/> Bulkavfall
<input type="checkbox"/> Manuella verktyg (utan uppgift om motorisering)	<input type="checkbox"/> Buller, tryck, brand, ljusbåge, ljus, snö, is, vattendrag, andra fysikaliska verkningar och naturfenomen
<input type="checkbox"/> Mobila eller flyttbara maskiner och anordningar	<input type="checkbox"/> Annan orsak som inte räknats upp
<input type="checkbox"/> Stationära maskiner och anordningar	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift om direkta orsaken till olycksfallet
<input type="checkbox"/> Befordrings-, transport- och lagringsanordningar	
<input type="checkbox"/> Landfordon	
Skadesätt	
<input type="checkbox"/> Skada orsakad av elektrisk stöt, hetta eller farligt ämne	<input type="checkbox"/> Skada på grund av kontakt med vasst, spetsigt, skrovligt föremål
<input type="checkbox"/> Syretillförseln har förhindrats (drunknad, begravd, kvävande gas och ångor)	<input type="checkbox"/> Klämning, krossning
<input type="checkbox"/> Slag mot fast yta eller orörlig orsak (störtning, fall o.d.)	<input type="checkbox"/> Plötslig fysisk eller psykisk överbelastning av person (även buller och strålning)
<input type="checkbox"/> Träffad av eller kollision med föremål i rörelse (även vätskor och gaser med tryck)	<input type="checkbox"/> Bett, spark osv. av djur eller människa
	<input type="checkbox"/> Annat skadesätt som inte räknats upp
	<input type="checkbox"/> Inga uppgifter om skadesättet

