




UPPGIFTER OM SKADAN	Skadans datum	Skadan inträffade i arbete	på väg till eller från arbetet	Förorsakad av	björn	varg
	Kommun	på väg till eller från skolan	under fritiden	järv	lodjur	
Polisanmälan skall bifogas denna ansökan.						
UPPGIFTER OM DEN SKADADE	Efternamn, samtliga förnamn			Personbeteckning		
	Näradress	Postnummer	Postanstalt	Telefon klo 8—16		
	Yrke	Hemkommun Medb	orgarskap finskt övrigt, vad?			
	Vårdnadshavare	Adress till vårdnadshavaren				
	Bankförbindelse, fullständigt kontonummer					
UPPGIFTER OM SÖKANDEN (OM ANNAN ÄNDEN SKADADE)	Efternamn, samtliga förnamn			Personbeteckning		
	Näradress	Postnummer	Postanstalt	Telefon klo 8—16		
	Yrke	Hemkommun	Medborgarskap finskt övrigt, vad?			
	Vårdnadshavare	Adress till vårdnadshavare				
	Bankförbindelse, fullständigt kontonummer					
BESKRIVNING AV SKADAN	Skador och sjukdomar som uppstått					
	Läkarintyg skall bifogas ansökan.					
Namnet på det sjukhus eller den hälsocentral som först behandlat den skadade						
ERSÄTTNINGAR FRÅN ANDRA INSTANSER	Har den skadade en frivillig försäkring som ger rätt till ersättning för personskador?					
	Nej	Ja	Försäkringsbolag:			
	Har det ansökts om/beviljats ersättning med stöd av lagstadgad eller frivillig försäkring eller andra lagar?					
Nej Ja Varifrån:						
Beslut om ersättning skall bifogas ansökan.						

Vid beräkningen av skadeersättningen beaktas såsom avdrag de ersättningar som på basis av annan lagstiftning eller försäkring betalas på grund av skadefallet. Till ansökan skall därför bifogas antingen de ursprungliga räkningarna och kvittona, eller ersättningsbesluten av försäkringsbolag eller folkpensionsanstalten, med kopior av räkningar och kvitton.

KRAV	1. SJUKVÅRDSKOSTNADER		€
	2. RESOR TILL SJUKHUS ELLER LÄKARE		€
	Detaljerad beskrivning av resorna skall bifogas		
	3. LÄKEMEDEL OCH FÖRBANDSMATERIAL		€
	4. ÖVRIGA VÅRD- OCH BEHANDLINGSKOSTNADER		€
	5. BEGRAVNINGSKOSTNADER		€
	6. TEMPORÄR MEN		€
	7. BESTÅENDE MEN		€
	8. BESTÅENDE KOSMETISKT MEN		€
	Eventuell bestående kosmetisk skada får bedömas tidigast ett år efter skadan.		
	9. INKOMSTBORTFALL FÖR ARBETSOFORMÅGEPERIODEN		€
	Arbetsförmögen i perioden		
	Arbetsgivare när skadan inträffade		Arbetsgivarens telefonnummer
	Arbetsgivarens näradress	Postnummer	Postanstalt
Betalar arbetsgivaren lön för arbetsförmågeperioden?			
Ja Nej			
Läkarutlåtande om arbetsförmågan och bestyrkt utredning över inkomstbortfallet skall bifogas.			
10. FÖRLUST AV UPPEHÄLLE			
Till ansökan bifogas:			
- utredning om den avlidna personens familjeförhållanden (ämbetsbetyg)			
- utredning av den avlidna personens och hennes/hans änklings/änkas inkomster före skadan och av den efterlämnade makens/makans inkomster efter skadan:			
arbetsgivarintyg över förvärvsinkomster			
kopior av beskattningsintyg			
kopior av skattedeklarationer			
intyg över eventuella andra inkomster och pensioner			
- intyg av läroinrättning över 18-21 -åriga sökandes studier			
UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att de uppgifter jag givit i denna ersättningsansökan är riktiga. Samtidigt ger jag Statskontoret fullmakt att skaffa fram de utredningar och läkarintyg som kan vara av betydelse för behandlingen av ersättningsärendet..		
	Ort och datum	Underskrift 	

Ansökan skickas till **STATSKONTORET** med adress:
Statskontoret, Försäkring, Skadeersättningar, PB 200, 00054 STATSKONTORET