

Olycksfall i arbetet       Yrkessjukdom       Fritidsolycksfall

Denna anmälan baserar sig på lagen av den 23 december 1981 om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare jämte därtill hörande lagar och förordningar.

7013r LPA/MP 3/10

<b>1. Personuppgifter</b>	Efternamn och alla förnamn		Personbeteckning
	Utdelningsadress		
	Postnummer	Postanstalt	Beslutet önskas <input type="checkbox"/> på svenska <input type="checkbox"/> på finska
	Telefonnummer		Mobiltelefonnummer
	E-postadress		
<b>2. Betalningsadress</b>	IBAN-kontonummer		Bankens BIC-kod
<b>3. Skadetidpunkten</b>	Dagen då olycksfallet inträffade / yrkessjukdomen visade sig ____ / ____ 20____		veckodag _____ klockslag _____
<b>4. Uppgifter om skadan</b>	Skadan inträffade i LFÖPL-försäkrad verksamhet		
	<input type="checkbox"/> vetenskapligt forskningsarbete, vetenskapsgren		
	<input type="checkbox"/> konstnärlig verksamhet, konststart		
	Platsen där olycksfallet inträffade (adress)		
	Inträffade olycksfallet på en arbetsplats som har samband med stipendiatarbetet eller på ett område som hör till arbetsplatsen		
	<input type="checkbox"/> i arbetsuppgifter, var		
	<input type="checkbox"/> inte i arbetsuppgifter, var		
	Om olycksfallet inträffade utanför arbetsplatsen, så inträffade det		
<input type="checkbox"/> i arbetsuppgifter, var			
<input type="checkbox"/> under färd från bostaden till arbetet <input type="checkbox"/> under färd från arbetet till bostaden			
<input type="checkbox"/> under en annan resa, vilken och hur den ansluter sig till stipendiatarbetet			
<input type="checkbox"/> Olycksfallet inträffade på fritiden			
Om Ni föll eller halkade utanför den egentliga arbetsplatsen eller på fritiden, ange noggrann plats och orsak till halkningen.			

**LPA**

Postadress	Besöksadress	Telefon	Fax	E-post	Internet	FO-nummer
PB 16	Norrskensvägen 6	020 630 0500	020 630 0426	fornamn.efternamn@mela.fi	www.lpa.fi	0101319-6
02101 ESBO	Esbo					

<b>5. Hur olycksfallet skedde eller yrkessjukdomen visade sig</b>	Redogör så noga som möjligt för hur olycksfallet inträffade och dess orsaker samt exakt under vilket arbetsmoment eller i vilken fritidssysselsättning. Om det inträffade under färd från bostaden till arbetet eller i motsatt riktning, ska också arbetsplatsens adress uppges. I fråga om yrkessjukdomar uppges det arbete och den faktor som stipendiaten bedömer att har orsakat sjukdomen.		
	Redogör för hur det arbete som utfördes när olycksfallet inträffade eller som orsakat yrkessjukdomen hade samband med den LFÖPL-försäkrades stipendiatarbete.		
<b>6. Skadan</b>	Skadans beskaffenhet och den kroppsdel som skadats eller yrkessjukdomen  <input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster		
<b>7. Hur skadan uppkom</b>	Ögonvittnen till olycksfallet, namn och adress		
	Var Ni alkoholpåverkad då olycksfallet inträffade? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		Orsakades olycksfallet av en annan person? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
	Den som orsakade olycksfallet, namn och adress		
	På vilket sätt orsakat		
<b>8. Trafikolycksfall (ifylls om fordon varit delaktigt i skadan)</b>	Registernummer på det fordon den skadade använde		Den skadade var <input type="checkbox"/> passagerare <input type="checkbox"/> förare
	Trafikförsäkringsbolag		
	Registernummer på den andra partens fordon	Trafikförsäkringsbolag	
	Är polisen underrättad? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Har undersökning utförts? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Polisinrättningens namn
<b>9. Vård</b>	Dag då vården inleddes  / 20		Behandlande läkare
	Orsakade skadan nedsatt arbetsförmåga i minst 3 dagar utöver olycksfallsdagen? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		
	Sjukhus, hälsocentral, privat läkarstation		
<b>10. Ersättningar</b>	Avgifter som den skadade betalat (bifoga kvitto eller verifikat i original)		
	sjukvårdskostnader €	resekostnader €	andra kostnader €
	Söker Ni eller får Ni ersättning från annan olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, försäkringsbolagets namn		
Söker Ni eller får Ni ersättning från sjukförsäkringen? dagenpenning <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja			kostnadsersättningar <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
			Folkpensionsanstaltens byrå

<b>11. Anställningar, företagverksamhet och studier</b>	Har Ni också en anställning?	Arbetsgivarens namn		Arbetsgivarens telefonnummer	
	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja				
	Arbetsgivarens adress				
	Bedriver Ni företagverksamhet	Beskattning av verksamheten	Vilken är företagets bransch?		
	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> GårdsSkL <input type="checkbox"/> NärSkL <input type="checkbox"/> vet inte			
	Har Ni en frivillig olycksfallsförsäkring enligt 57 § i lagen om olycksfallsförsäkring?				
<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, i vilket bolag					
Har Ni varit borta från företagverksamheten på grund av olycksfallet/yrkessjukdomen?					
<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, under tiden	/	20	-	/	20
Studerar Ni?					
<input type="checkbox"/> nej					
<input type="checkbox"/> ja, målexamen och läroinrättning					
<b>12. Vid dödsfall uppges</b>	Den skadades dödsdag	Vem ombesörjer begravningen?			
		<input type="checkbox"/> dödsboet	<input type="checkbox"/> någon annan, vem		
	Efterlevande makens (eller sambons) namn	Personbeteckning			
Dödsboförvaltarens namn, adress och telefonnummer					
<b>13. Tilläggsuppgifter</b>					
<b>14. Skydd för personuppgifter</b>	<p>Utöver uppgifterna i denna anmälan kan även andra uppgifter vid LPA som är av betydelse för avgörande av skadeärendet användas vid dess behandling. LPA kan begära uppgifter också av försäkringsanstalter, läkare och vårdinrättningar samt andra av vilka LPA enligt lag har rätt att få uppgifter. De uppgifter som erhållits vid ärendets behandling kan lämnas ut till myndigheter, försäkringsanstalter och andra som utan hinder av sekretessbestämmelserna enligt lag har rätt att få dessa uppgifter. Uppgifterna kan användas också senare vid behandlingen av LPA-ärenden.</p> <p>Utifrån denna ansökan kan LPA också behandla mitt LPA-sjukdagpenningensärende. Rätten till dagpenning gäller bara dem som är LFÖPL-försäkrade.</p> <p>LPA kan vid behov översända ansökningshandlingarna till FPA-byrån för min räkning.</p> <p>Om min ersättning grundar sig på OFLA-fritidsförsäkringen, befullmäktigar jag LPA att lyfta de kostnadsersättningar som betalas enligt sjukförsäkringslagen för denna skada.</p>				
<b>15. Underskrift</b>	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat på blanketten är riktiga.				
	Ort och datum		Sökandens underskrift		
	Om någon annan än sökanden har skrivit under ska orsaken anges.				

Resekostnaderna ersätts bara för resor som varit nödvändiga för sjukvård på grund av ett olycksfall eller en yrkessjukdom. T.ex. ersätts inte de kostnader som sökandet av ersättning medfört. Kostnaderna ersätts i allmänhet enligt det billigaste färdmedlet (buss, tåg) och den kortaste resrutten. Annat färdstätt (t.ex. egen bil, taxi) godkänns, om det varit motiverat på grund av skadans art eller trafikförhållandena. Resedagtraktamente kan utbetalas om vårdresan varat över sex timmar.

Anteckna varje resa särskilt på räkningen. Om det finns flera likadana resor, räcker det att en av dem utreds på räkningen. Anteckna antalet likadana resor under "Antal resor" och ange under "Tilläggsutredningar" på vilka dagar resorna gjorts.

Skicka färdbiljetterna eller andra verifikat i original till LPA tillsammans med reseräkningen.

<b>Resa 1</b>	Resan började	kl.	Resan slutade	kl.	Tur och retur
	/	20	/	20	km
	Färdmedel	Resans syfte			Kostnader
	Resrutten (t.ex. bostaden - hälsocentralens/sjukhusets namn - bostaden)			Antal resor	Kostnader totalt
					€
<b>Resa 2</b>	Resan började	kl.	Resan slutade	kl.	Tur och retur
	/	20	/	20	km
	Färdmedel	Resans syfte			Kostnader
	Resrutten (t.ex. bostaden - hälsocentralens/sjukhusets namn - bostaden)			Antal resor	Kostnader totalt
					€
<b>Resa 3</b>	Resan började	kl.	Resan slutade	kl.	Tur och retur
	/	20	/	20	km
	Färdmedel	Resans syfte			Kostnader
	Resrutten (t.ex. bostaden - hälsocentralens/sjukhusets namn - bostaden)			Antal resor	Kostnader totalt
					€
<b>Resa 4</b>	Resan började	kl.	Resan slutade	kl.	Tur och retur
	/	20	/	20	km
	Färdmedel	Resans syfte			Kostnader
	Resrutten (t.ex. bostaden - hälsocentralens/sjukhusets namn - bostaden)			Antal resor	Kostnader totalt
					€
<b>Resa 5</b>	Resan började	kl.	Resan slutade	kl.	Tur och retur
	/	20	/	20	km
	Färdmedel	Resans syfte			Kostnader
	Resrutten (t.ex. bostaden - hälsocentralens/sjukhusets namn - bostaden)			Antal resor	Kostnader totalt
					€
<b>Tilläggsutredningar</b>	Bl.a. utredning om varför resan gjorts med egen bil eller taxi. Utredning måste alltid ges då annat än allmänt färdmedel anlitas och vårdplatsens intyg över att det varit nödvändigt saknas. Motiveringen kan vara oskälig väntetid på buss, avståndet till hållplatsen el.dyl.				
<b>LPA:s anteckningar</b>					