

Ombudsmannen ifyller:

Ombudsmannens namn och nummer _____

Datum _____

 Olycksfall i arbete
 Yrkessjukdom
 Skada under fritiden

1. Personuppgifter	Efternamn och alla förnamn		Personbeteckning	
	Utdelningsadress			
	Postnummer	Postanstalt	Beslutet önskas <input type="checkbox"/> på finska <input type="checkbox"/> på svenska	
2. Telefonnummer, e-post	Telefon 1	Telefon 2	E-post	
3. Betalningsadress	IBAN-kontonummer		Bankens BIC-kod	
4. Den skadades arbete före arbetsskadan (ifylls av dem som saknar gällande LFÖPL-försäkring)	I vilka arbeten på lägenheten har den skadade deltagit?			
	På lägenheten deltar jag i	Nästan dagligen	Åtminstone en gång i veckan	Ibland
	kreatursskötsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	åkerarbeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	skogsarbeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	annat lantbruksarbete,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vilket _____			
	Enligt min egen uppskattning arbetar jag _____ dagar per år på lägenheten.			
	Bor den skadade stadigvarande på lägenheten?			
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej			
5. Skadetidpunkten	Dag då olycksfallet inträffade/yrkessjukdomen visade sig		veckodag	klockslag
	/ 20			
6. Arbete vid skadetidpunkten (ifylls inte vid fritidsskador)	I vilket arbete inträffade skadan?			
	<input type="checkbox"/> i jordbruksarbete	<input type="checkbox"/> i kreatursskötselarbete	<input type="checkbox"/> i skogsarbete	
	<input type="checkbox"/> i byggnadsarbete, vilken byggnad _____			
	<input type="checkbox"/> i annat arbete i gårdsbruket	<input type="checkbox"/> i fiske	<input type="checkbox"/> i renskötselarbete	
	<input type="checkbox"/> i annat, vad _____			
	Den skadade utförde			
	<input type="checkbox"/> eget lantbruksföretagararbete	<input type="checkbox"/> arbete som familjemedlem	<input type="checkbox"/> arbete för främmande som LFÖPL-företagare	
	<input type="checkbox"/> bytesarbete som LFÖPL-företagare, för vem _____			
	<input type="checkbox"/> arbete i arbetsförhållande, arbetsgivarens namn _____			

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

7014r LPA MP 6/10

Lantbruksföretagarnas pensionsanstalt

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					

7. Hur olycksfallet skedde eller yrkessjukdomen visade sig	En så noggrann redogörelse som möjligt för hur olycksfallet skedde samt orsakerna därtill eller vad som förorsakade yrkessjukdomen. Här uppges även det exakta arbetsskede som utfördes då olycksfallet inträffade.		
8. Maskiner, arbetsredskap och ämnen som förorsakat och haft del i olycksfallet	Maskin, teknisk anläggning eller kemiskt ämne beskaffenhet	märke	tillverkningsår
	Arbetsredskap eller hjälpmedel (smärgelskiva, spade el dyl)	märke, beskaffenhet	
9. Hur uppkom skadan	Ögonvittne till olycksfallet, namn och adress		
	Var den skadade alkoholpåverkad då olycksfallet skedde? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Förorsakades olycksfallet av någon annan person? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
	Den som förorsakade, namn och adress		
	Sätt på vilket förorsakat		
	Om den skadade föll eller halkade utanför lägenheten, exakt plats och orsak		
10. Skadan	Skadans beskaffenhet och den kroppsdel som skadats eller yrkessjukdomen (t ex krosskada på vänster ben, astma, dammlunga) <input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster		
11. Trafikolycksfall (ifylls om fordon varit delaktigt i skadan)	Registernummer eller annat tecken på det fordon den skadade använde		Den skadade var <input type="checkbox"/> passagerare <input type="checkbox"/> förare
	Trafikförsäkringsbolag		
	Registernummer eller annat tecken på den andra partens fordon	Trafikförsäkringsbolag	
	Har polisen underrättats? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Har undersökning utförts? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Polisinrättingens namn
12. Vid dödsfall bör uppges	Den skadades dödsdag	Vem ombesörjde begravningen? <input type="checkbox"/> dödsboet <input type="checkbox"/> någon annan, vem	
	Efterlevande makens (eller sambons) namn	Personbeteckning	
	Dödsboförvaltarens namn, adress och telefonnummer		
	Var den efterlevande maken (eller sambon) i förvärsarbete eller idkade han/hon företagareverksamhet (annan än LFÖPL) vid den tidpunkt den skadade avled? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Arbetsgivarens namn / FöPL-försäkringsbolagets namn	
	Arbetsgivarens adress	Arbetsgivarens telefonnummer	

	Hade den skadade barn i åldern 18 - 24 år som studerar eller är arbetsförmöget? namn _____ födelsetid _____	
	Ämbetsbetyg erhålls från _____ <input type="checkbox"/> församling <input type="checkbox"/> befolkningsregister	
13. Vård	Dag då vården inleddes _____/_____/20	Behandlande läkare _____ Sjukhus, hälsovårdscentral, privat läkarstation _____
	Förorsakade skadan nedsatt arbetsförmåga i minst 3 dagar utöver olycksfallsdagen? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
14. Ersättningar	Avgifter som den skadade betalat (kvitto eller verifikat i original bifogas) sjukvårdskostnader _____ € resekostnader _____ € andra kostnader _____ €	
	Har den skadade sökt eller får han/hon ersättning från annan olycksfallsförsäkring eller från sjukförsäkringen? dagpenning <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja kostnadsersättningar <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Försäkringsbolag/FPA-byråns namn _____	
15. Arbets- och tjänsteförhållanden, annan företagverksamhet samt studier	Är den skadade också i arbets- eller tjänsteförhållande? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Arbetsgivarens namn _____ Arbetsgivarens telefonnummer _____
	Arbetsgivarens adress _____	Har löneanmälningsblankett givits för att tillställas arbetsgivaren? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
	Bedriver den skadade annan företagverksamhet? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Beskattning av verksamheten <input type="checkbox"/> GårdsSKL <input type="checkbox"/> NärSKL <input type="checkbox"/> vet inte
	Vilket är företagets verksamhetsområde? _____	
	Omfattas verksamheten av en frivillig olycksfallsförsäkring enligt 57 § lagen om olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilket bolag _____	
	Har den skadade varit borta från det andra företagararbetet på grund av olycksfallet/yrkessjukdomen? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, under tiden ____/____/20 – ____/____/20	
	Studerar den skadade? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, i vilken läroinrättning _____	
16. Produktionsinriktning	Finns det kreatur på gården? <input type="checkbox"/> ja, typ av kreatur samt antal _____ <input type="checkbox"/> nej	
17. Tilläggsuppgifter		
18. Skydd för personuppgifter	<p>Utöver uppgifterna i denna anmälan kan även andra sådana uppgifter hos LPA som är av betydelse för avgörandet av skadeärendet användas vid behandlingen av ärendet. 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 behandlingen kan lämnas ut till myndigheter, försäkringsanstalter och andra som utan hinder av sekretessbestämmelserna har rätt enligt lag att få dessa uppgifter. Uppgifterna kan användas också senare vid behandlingen av ärenden vid LPA.</p> <p>Utgående från denna ansökan kan LPA också behandla mitt LPA-sjukdagpenningsärende. Endast LFÖPL-försäkrade lantbruksföretagare har rätt till dagpenning.</p> <p>LPA kan vid behov för min räkning översända ansökningshandlingarna till FPA-byrån.</p> <p>Om min ersättning grundar sig på frivillig OFLA-försäkring, befullmäktigar jag LPA att lyfta kostnadsersättningarna enligt sjukförsäkringslagen för denna skada.</p>	
19. Underskrift	Jag försäkrar att de uppgifter jag givit på blanketten är riktiga.	
	Ort och datum _____	Sökandens eller förmyndarens underskrift _____
	Om någon annan än sökanden har skrivit under skall orsaken anges.	

Resekostnaderna ersätts bara för resor som varit nödvändiga för sjukvård på grund av ett olycksfall eller en yrkessjukdom. Besök hos ombudsmannen ersätts t.ex. inte. Kostnaderna ersätts i allmänhet enligt det billigaste färdmedlet (buss, tåg) och den kortaste resrutten. Annat färdmedel (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.

Resa 1	Resan började / 20	kl.	Resan slutade / 20	kl.	Tur och retur km
	Färdmedel	Resans syfte			Kostnader €
	Resrutt (t.ex. bostaden - hälsocentralens/sjukhusets namn - bostaden)			Antal resor	Kostnader totalt €
Resa 2	Resan började / 20	kl.	Resan slutade / 20	kl.	Tur och retur km
	Färdmedel	Resans syfte			Kostnader €
	Resrutt (t.ex. bostaden - hälsocentralens/sjukhusets namn - bostaden)			Antal resor	Kostnader totalt €
Resa 3	Resan började / 20	kl.	Resan slutade / 20	kl.	Tur och retur km
	Färdmedel	Resans syfte			Kostnader €
	Resrutt (t.ex. bostaden - hälsocentralens/sjukhusets namn - bostaden)			Antal resor	Kostnader totalt €
Resa 4	Resan började / 20	kl.	Resan slutade / 20	kl.	Tur och retur km
	Färdmedel	Resans syfte			Kostnader €
	Resrutt (t.ex. bostaden - hälsocentralens/sjukhusets namn - bostaden)			Antal resor	Kostnader totalt €
Resa 5	Resan började / 20	kl.	Resan slutade / 20	kl.	Tur och retur km
	Färdmedel	Resans syfte			Kostnader €
	Resrutt (t.ex. bostaden - hälsocentralens/sjukhusets namn - bostaden)			Antal resor	Kostnader totalt €
Tilläggsutredningar	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.				
LPA:s anteckningar					