STATSKONTORET
Ersättningstjänster

FÖRSÄKRINGSINTYG
om olyckshändelse som inträffat i statligt arbete

DEN SKADADE FÖRETER INTYGET VID SJUKVÅRDSINRÄTTNING ELLER HOS LÄKARE VID FÖRSTA BESÖKET

Intyget ger sjukvårdsinrättningen och läkaren rätt att fakturera Statskontoret för vård som har getts med anledning av en olyckshändelse och en yrkessjukdom. Statskontoret avgör rätten till ersättning av fakturan när tillräckliga utredningar har inkommit.
.

ANSTÄLLD	Den anställdas efter- och förnamn	Personbeteckning | | | | | | | - | | | |
	Yrke	Telefonnummer
	Den anställdas näradress	
	Den anställdas postnummer	Den anställdas postkontor
UPPGIFTER OM OLYCKS-HÄNDELSEN	Tidpunkt för olyckshändelsen datum_____kl._____	Arbetet på olycksdagen började och slutade började kl._____slutade kl._____
	Olyckshändelsen inträffade på arbetsplatsen eller ett område som tillhör arbetsplatsen ☐ i arbetet ☐ på kaffe- eller matpausen ☐ inte i arbetsuppgifter, var	
	Olyckshändelsen inträffade utanför arbetsplatsen ☐ i arbetsuppgifter ☐ på väg från arbetet till bostaden ☐ på väg från bostaden till arbetet ☐ på annan resa, vilken_____	
	Förklaring om olyckshändelsen och orsakerna till den eller när yrkessjukdomen började samt om arbetsmiljön. **1) Av förklaringen till ett OLYCKSFALL PÅ ARBETSPLATSEN** ska följande framgå: Vilket arbete och vilken arbetsprestation utförde personen när olyckshändelsen inträffade? Vilka avvikelser från normalt arbete ledde till skador? Hur uppkom skadan? Vad orsakade skadan? **2) Av förklaringen till ett OLYCKSFALL UNDER ARBETSRESAN** ska följande framgå: vad som orsakade olycksfallet, hur personen rörde sig samt en eventuell avvikelse från den regelbundna arbetsreserutten och orsaken till avvikelsen. **3) Av förklaringen till en YRKESSJUKDOM** ska det framgå vad som antas ha orsakat yrkessjukdomen (namn på kemisk substans osv.).	
ARBETS-GIVARE	Arbetsgivarens namn	
	Arbetsgivarens näradress	Enhet eller avdelning eller avdelningskod
	Arbetsgivarens postnummer	Arbetsgivarens postkontor
ARBETS-GIVARENS UNDER-SKRIFT	Ort och datum	Underskrift Namnförtydligande

Blanketten skickas till Statskontoret, Ersättningstjänster, PB 200, 00054 Statskontoret.

Valtiokonttori
Statskontoret
State Treasury

Sörnäisten rantatie 13, Helsinki | PL 50, 00054 VALTIOKONTTORI
Puh. 02 95 50 2000 | Faksi 0295 50 3075 | www.valtiokonttori.fi