



Anvisningar för att fylla i Enkel anmälan om privat olycksfall

Startsida

Anmälan om olycksfall

LÄHITAPIOLA

FI SV EN

<



Välkommen att anmäla en ny olycksfallsskada. Vänligen kontrollera vid behov principerna för skadeanmälan med försäkringstagaren. Vill du göra anmälan om arbetsolycksfallsförsäkring eller fritidsgruppförsäkring för personalen eller privat olycksfalls- eller distansarbetsförsäkring?

Arbetsolycksfallsförsäkring och där till ansluten fritidsförsäkring

Privat olycksfallsförsäkring eller distansarbetsförsäkring

- När du öppnat länken till ert företag, välj ”**Privat olycksfallsförsäkring eller distansarbetsförsäkring**” på startsidan
- För att fylla i anmälan måste du veta den skadades personuppgifter och ha basuppgifter om olycksfallet

1. I vilken roll fyller du i anmälan

[< Tillbaka](#)

Olycksfallsskada

Uppgifter om skadan

Alla uppgift är obligatorisk om inte annat anges.

Jag anmäler en skada jag själv råkat ut för

Jag anmäler en skada en annan person råkat ut för

Nästa

- Välj om du fyller i anmälan på grund av en skada som du råkat ut för eller om du fyller i den på en annan persons vägnar

2. Den skadades personuppgifter och kontaktuppgifter

[< Tillbaka](#)

Olycksfallsskada


Uppgifter om den skadade person


Förnamn

Efternamn

Personbeteckning

Ingen Finska personbeteckning


Telefonnummer 

E-postadress (valbar uppgift) 

Gatuadress

Postnummer

Ort

Kontaktspråk
 

- Ange den skadades personuppgifter och kontaktuppgifter
- Om den skadade inte har en finsk personbeteckning efterfrågas födelsedatum, kön och nationalitet
- Adressuppgifterna är valfria

3. Kontaktuppgifter till personen som fyller i



[< Tillbaka](#)

Olycksfallsskada

Uppgifter om anmälare

Namn

Telefonnummer E-postadress (valbar uppgift)

+358405505050  

Nästa

- Ange ditt namn och dina kontaktuppgifter om du fyller i formuläret på någon annans vägnar


4. Tidpunkten då skadan inträffade

[< Tillbaka](#)

Olycksfallsskada

Händelsetid av skadan

Skadedag

dd.mm.åååå 

Klockslag

tt.mm

Nästa Avbryt

- Välj i kalendern datumet skadan inträffade och ange klockslaget skadan inträffade

5. Val av försäkring


[< Tillbaka](#)

Olycksfallsskada

Uppgifter om försäkringen

FO-nummer

Välj med stöd av vilken försäkring du söker ersättning.

 353-

Nästa

- Välj det gällande försäkringsnumret i listan
- Ange försäkringsnumret i textfältet om du inte hittar en gällande försäkring

6. Basuppgifter om skadan

[< Tillbaka](#)

Olycksfallsskada

Beskrivning av skadan

Berätta hur skadan inträffade

0/300

Inträffade skadan

I Finland Utomlands

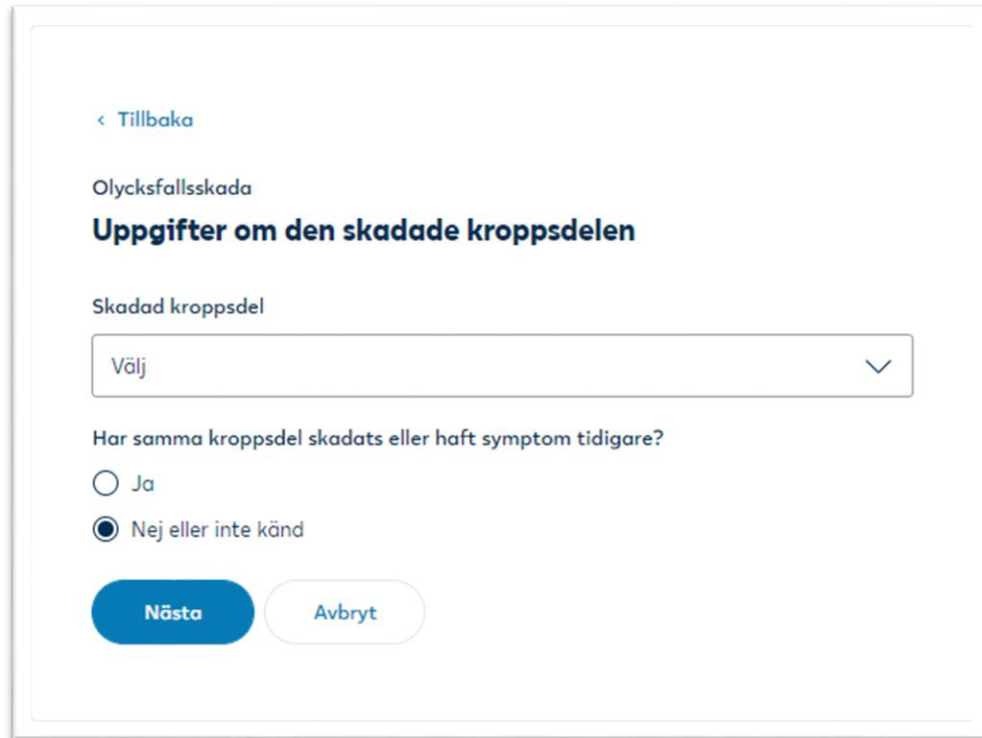
Skadeort

Välj ▼

[Nästa](#) [Avbryt](#)

- Berätta kort hur och var skadan inträffade

7. Skada som skadefallet orsakat



< Tillbaka

Olycksfallsskada

Uppgifter om den skadade kroppsdel

Skadad kroppsdel

Välj

Har samma kroppsdel skadats eller haft symptom tidigare?

Ja

Nej eller inte känd

Nästa Avbryt

- Välj den skadade kroppsdel i listan och berätta vid behov om samma kroppsdel skadats eller haft symptom tidigare

8. Läkarvård av olycksfallsskadan och eventuell arbetsoförmåga

[< Tillbaka](#)

Olycksfallsskada

Uppgifter om läkarvård

Har olycksfallet krävt läkarvård?

Ja

Nej eller inte känd

Har olycksfallet orsakat arbetsoförmåga?

Ja

Nej eller inte känd

- Berätta om olycksfallsskadan krävt läkarvård eller om den orsakat arbetsoförmåga

9. Tilläggsuppgifter om skadan

[< Tillbaka](#)

Olycksfallsskada

Tilläggsuppgifter

Var den skadade påverkad av alkohol eller annat rusmedel när olycksfallet inträffade?

Ja

Nej eller inte känd

Har en polisundersökning gjorts på grund av olycksfallet?

Ja

Nej eller inte känd

Har ersättning för skadan sökts med stöd av någon annan försäkring?

Ja

Nej eller inte känd

[Nästa](#) [Avbryt](#)

- Välj om den skadade var påverkad alkohol eller droger när olycksfallet inträffade
- Ange namnet på polisinrättningen om en polisanmälan gjorts på grund av skadan
- Om ersättning för skadan sökts även av något annat försäkringsbolag, ange namnet på försäkringsbolaget som betalat ersättning och ersättningsbeloppet som fåtts

10. Sammandrag

[< Tillbaka](#)

Olycksfallskada

Sammandrag

Kontrollera ännu uppgifterna du anmält och uppgifterna om ersättningstagaren och skicka ansökan. Du kan ändra uppgifterna du redan gett, i föregående vy.

Uppgifter om den skadade personen

Förnamn

Efternamn

Telefonnummer

Kontaktspråk

Uppgifter om händelsen

Försäkringsnummer 353-

Skadedag

Land där skadan inträffade

Kommun där skadan inträffade

Olycksfallet krävde läkarvård

Olycksfallet orsakade arbetsförmåga

Beskrivning av skadan

Skadad kroppsdel

Samma kroppsdel har vårdats tidigare

Tilläggsuppgifter

Den skadade var påverkad av alkohol eller annat rusmedel när olycksfallet inträffade

Polisundersökning har gjorts på grund av olycksfallet

Ersättning för skadan har fått med stöd av annan försäkring

Fullmakter

Jag ger mitt samtycke till automatiserat beslutsfattande. [Läs mera om automatiserat beslutsfattande.](#)

Jag intygar att uppgifterna jag gett är korrekta.

Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsocentraler, rådgivningsbyråer, företagshälsö enheter, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar och andra vårdinrättningar som undersökt och vårdat den försäkrade samt andra försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter överlåter till LokalTapiola nödvändiga uppgifter som krävs för att handlägga ersättningsärendet inklusive personuppgifter som gäller den försäkrades hälsotillstånd.

För att skaffa nödvändiga uppgifter kan nämnda bolag överlåta till aktörerna ovan individuella uppgifter om den försäkrades hälsotillstånd, skadefall och försäkring.

Jag har bekantat mig med innehållet i fullmakten och befullmäktigar LokalTapiola att vid behov begära nödvändiga uppgifter för handläggningen av ersättningsärendet, inklusive uppgifter om den försäkrades hälsotillstånd.

Skriv ut ett sammandrag (pdf)

[Skicka](#) [Radera](#)

- Kontrollera att uppgifterna du gett är korrekta
- Om du vill korrigerera uppgifterna kan du använda knappen tillbaka för att gå till tidigare sidor
- Ge fullmakter som behövs för handläggningen av skadeärendet
- Vid behov kan du skriva ut och spara ett sammandrag som PDF
- Tryck till slut på skicka så skickas formuläret till LokalTapiola

11. Bekräftelse att formuläret skickats



- Slutligen får du en bekräftelse på att formuläret skickats
- Nu kan du stänga webbläsaren