

Utredningsunderlag Vållande - olycksfall

Prövning av rätten till ersättning från AFA Trygghetsförsäkring för inkomstförlust enligt skadeståndslagen

OBS! Olycksfall som inträffat från och med den 1 maj 2001 vållandeprövas inte på ändrade regler

Handläggare och telefon	Personnummer eller ärendenummer
-------------------------	---------------------------------

Fortsätt vid behov på en bilaga. Ange numret på den fråga som avses och personnummer eller ärendenummer.

1. Den skadade	Förnamn och efternamn
2. Arbetsgivare	Namn och adress
3. Annan arbetsgivare Fylls i om olycksfallet inträffat hos annan än den egna arbetsgivaren	Namn och adress
4. Våghållare/Fastighetsägare/ Samordningsansvarig (t ex på byggarbetsplats)	Namn och adress

Olycksfallet

5. Beskriv så noggrant och detaljerat som möjligt hur olycksfallet gick till. Bifoga gärna foto, skiss, ritning eller dylikt	
6. Ange anledningen till olycksfallet och vad/vem/vilka som orsakat detta	
7. Hade olycksfallet kunnat förutses eller undvikas?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", hur?
8. a) Har liknande olycksfall eller tillbud inträffat tidigare?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", hur många och när?
b) Har dessa rapporterats till arbetsgivaren?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Vid halkolyckor utomhus

9. a) Hur var väderlekssituationen före olycksfallet?	
b) Hade förebyggande åtgärder vidtagits?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", vilka och när?

Utbildning, information, erfarenhet, instruktioner

10. a) Har du fått utbildning för det aktuella arbetet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	b) Har du fått information om riskerna med det aktuella arbetet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
c) Hur länge har du utfört aktuella arbetsuppgifter?		d) Har du fått instruktioner om hantering av maskiner och arbetsmetoder?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Bifoga kopia av utredningen om t ex Arbetsmiljöverket, företagshälsovården, arbetsmiljökommittén eller annan utrett olycksfall.

Om du hänvisar till Försäkringskassans utredning, bifoga kopia.

Ej utrett

Kopia bifogas

Underskrift av den försäkrade

Se baksidan!

Datum (år, mån, dag)	Namnteckning
----------------------	--------------

Synpunkter på orsaken till olycksfallet och på de uppgifter som lämnats av den skadade

Personnummer eller ärendenummer

11. Skyddsombudets synpunkter

Hänvisa till ev regler eller föreskrifter för den aktuella verksamheten t ex Arbetsmiljöverkets föreskrifter. Finns aktuell brist i arbetsmiljön dokumenterad i tidigare skyddsrondsprotokoll eller har denna brist på annat sätt påtalats för arbetsgivaren?

Datum och namnteckning

12. Arbetsgivarens synpunkter

Datum och namnteckning

Försäkringsavtalsnr

Firmastämpel

13. Annan arbetsgivares synpunkter

Datum och namnteckning

Försäkringsavtalsnr

Firmastämpel

14. Våghållarens/Fastighets-ägarens/Samordningsansvarigs synpunkter (t ex vid byggnads- och anläggningsarbete)

Datum och namnteckning

Försäkringsavtalsnr

Firmastämpel

**15. a) Vilka skadeförebyggande åtgärder hade vidtagits?
b) Hade kontrollbesiktning och/eller provning utförts? När och hur ofta?**

Datum och namnteckning

Firmastämpel

AFA F7054 09.07 2