

Skada (dd.mm.åå)

Ersättningsärende nr

**1. Uppgifter om den skadade**

Efternamn och alla förnamn

Födelsedatum

**2. Uppgifter om arbetsgivaren**

Företagets/sammanslutningens namn

FO-nummer

Gatuadress, postnummer och postanstalt

IBAN-kontonummer

BIC-bankkod

**3. Uppgifter om tjänsteförhållandet**
**Grund för inkomsterna som anmälts till inkomstregistret**

Arbets- eller tjänsteförhållande

Förtroendeuppdrag

Uppdrag eller konsultavtal

Annat arrangemang, vilket

**4. Tjänsteförhållandets eller förtroendeuppdragets längd**

Inledningsdatum (dd.mm.åå)

Giltighetstid

Gäller tillsvidare

Visstid, upphör (dd.mm.åå)

Om anställningsförhållandet då olycksfallet sker har pågått under en kortare tid än 6 månader, har den skadade varit på provotid?

Nej

Ja, provotiden upphörde (dd.mm.åå)

Antal sammanträden gällande förtroendeuppdragen per år

**5. Arbete som utförs i ledande ställning och ägoförhållanden**
**Arbetade den skadade i ledande ställning i ert företag/sammanslutning då olyckan inträffade?**

Nej

Ja, vänligen besvara frågorna a-c

a) Hurdan ledande ställning är det fråga om?

VD

Styrelsemedlem

Annan motsvarande ställning eller effektiv bestämmanderätt i aktiebolag eller annan sammanslutning

b) Baserar sig den skadades bestämmanderätt på ägoandelar?

Nej

Ja, den skadades ägoandel

%

c) Har ägoandelen delats mellan den skadades familjemedlemmar?

Nej

Ja, familjemedlemmarnas sammanräknade ägoandel utan den skadades andel

%

**6. Frånvaron efter olycksfallet**
**Har den skadade varit borta från arbetet/sitt förtroendeuppdrag på grund av olyckan?**

Nej

Ja, under tiden (dd.mm.åå–dd.mm.åå)

–

**Vänligen specificera frånvaroperioderna om den skadade har kunnat arbeta deltid under frånvaroperioden (dd.mm.åå–dd.mm.åå)**

–

% av den normala arbetstiden

–

% av den normala arbetstiden

–

% av den normala arbetstiden

**7. Frånvaron före olycksfallet**
**Har den skadade varit frånvarande från arbetet före olycksfallet under tiden**

?

Nej

Ja, vänligen ange frånvaron utan lön och hur regelbundna de har varit (dd.mm.åå–dd.mm.åå)

–

Tillfällig frånvaro, orsak

Regelbunden (årlig) frånvaro

–

Tillfällig frånvaro, orsak

Regelbunden (årlig) frånvaro

–

Tillfällig frånvaro, orsak

Regelbunden (årlig) frånvaro

–

Tillfällig frånvaro, orsak

Regelbunden (årlig) frånvaro

## 8. Sjuktidslön

Har den skadade fått sjuktidslön?

|     |                                             |   |              |   |            |
|-----|---------------------------------------------|---|--------------|---|------------|
| Nej | Ja, sjuklön under tiden (dd.mm.åå–dd.mm.åå) |   |              |   |            |
| –   | Full lön                                    | € | Partiell lön | € | % av lönen |
| –   | Full lön                                    | € | Partiell lön | € | % av lönen |
| –   | Full lön                                    | € | Partiell lön | € | % av lönen |

Om lönen för sjuktiden har betalats partiellt vänligen ange orsaken.

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| Den skadades partiella återgång till arbetet                         |
| Övergång till partiell lönebetalning i enlighet med kollektivavtalet |
| Annan orsak, vilken?                                                 |

Datum då grunden för lönebetalningen under sjuktiden upphör (dd.mm.åå)

Har ert företag/sammanslutning ansökt om dagpenning enligt sjukförsäkringslagen hos FPA?

|     |    |
|-----|----|
| Nej | Ja |
|-----|----|

## 9. Semesterpenning

Har den skadade rätt till semesterpenning?

|     |                                                              |
|-----|--------------------------------------------------------------|
| Nej | Ja, kollektivavtal som ligger till grund för semesterpengen? |
|-----|--------------------------------------------------------------|

Har den skadade fått semesterpenning under tiden ?

|     |                                               |   |
|-----|-----------------------------------------------|---|
| Nej | Ja, beloppet av den betalda semesterpenningen | € |
|-----|-----------------------------------------------|---|

## 10. Löneförhöjningar

Har den skadade beviljats löneförhöjningar under tiden ?

|         |                                 |     |                  |         |                   |   |
|---------|---------------------------------|-----|------------------|---------|-------------------|---|
| Nej     | Ja, löneförhöjningar (dd.mm.åå) |     |                  |         |                   |   |
| fr.o.m. | Timförhöjning                   | €/h | Månadsförhöjning | €/månad | Allmän förhöjning | % |
| fr.o.m. | Timförhöjning                   | €/h | Månadsförhöjning | €/månad | Allmän förhöjning | % |
| fr.o.m. | Timförhöjning                   | €/h | Månadsförhöjning | €/månad | Allmän förhöjning | % |

## 11. Naturaförmån

Var naturaförmånen/naturaförmånerna som anmälts i Inkomstregistret i kraft den dag då skadan inträffade ?

|     |                                                                   |         |       |         |
|-----|-------------------------------------------------------------------|---------|-------|---------|
| Nej | Ja, ange betald naturaförmån och beloppet (i dagar eller månader) |         |       |         |
|     | €/dag                                                             | €/månad | €/dag | €/månad |
|     | €/dag                                                             | €/månad | €/dag | €/månad |

## 12. Inkomster som saknas i inkomstregistret

Följande inkomster saknas i inkomstregistret. Vänligen uppgi inkomsterna för de nedan angivna löneperioderna.

|   |                |                                            |                 |   |
|---|----------------|--------------------------------------------|-----------------|---|
| – | Betald inkomst | €. Kod för inkomsttypen i inkomstregistret | Intjäningsmånad | – |
| – | Betald inkomst | €. Kod för inkomsttypen i inkomstregistret | Intjäningsmånad | – |
| – | Betald inkomst | €. Kod för inkomsttypen i inkomstregistret | Intjäningsmånad | – |

## 13. Närmare information

Kontaktuppgifter till den som fyller i blanketten

|      |        |               |
|------|--------|---------------|
| Namn | E-post | Telefonnummer |
|------|--------|---------------|

Underskrift

Jag försäkrar att uppgifterna som jag lämnar är korrekta.

Ort och tid

Arbetsgivarens eller en företrädarens underskrift och namnförtydligande

Lantbruksföretagarnas pensionsanstalt LPA

Postadress  
PB 16, 02101 ESBO

Besöksadress  
Norrskensparken 2 C, Esbo

Telefon 029 435 11  
Fax 029 435 2426

Internet mela.fi  
FO-nummer 0101319-6