

Skada (dd.mm.åå)

Ersättningsärendenr

1. Uppgifter om den skadade

Efternamn och alla förnamn

Födelsedatum

2. Uppgifter om arbetsgivaren

Företags/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)

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 anmäls 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 uppge 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