

Arbetsgivarens löneanmälan

Blanketten ifylles och returneras först efter det att Läkemedelsskadeförsäkringspoolen ansett att läkemedelsskadan har orsakat arbetsförmåga. Anvisningar för ifyllande finns på sidan 5.

Läkemedelsskadeförsäkringspoolens skadebeteckning

Skadebeteckning

Arbetstagare

Arbetstagarens efternamn och förnamn

Personbeteckning

Arbets- eller tjänsteförhållande

Se punkt 1 i anvisningarna.

Arbets- eller tjänsteförhållandets begynnelse- och eventuellt datum för dess upphörande

Yrke eller uppgift

Art av arbets- eller tjänsteförhållande

Arbets- eller tjänsteförhållande som gäller tillsvidare

Tidsbundet arbets- eller tjänsteförhållande

När var det avsett att det tidsbundna arbets- eller tjänsteförhållandet skulle upphöra?

Lön, naturaförmåner, semesterpremie och förskotts innehållning

Se punkt 2 i anvisningarna.

Lön som betalats under ett års tid före arbetsoförmågan (uppge inte semesterpremie eller annan engångsbetalning)

För tiden - Sammanlagt euro

Uppge oavlönad frånvaro och löneförhöjningar under denna tid på omstående sida under punkten Tilläggsuppgifter.

Grund för lörens bestämmande och lörens belopp

Månadslön euro per månad

Timlön euro per timme

Tilläggen per månad i genomsnitt euro per månad

Annan grund, vilken? euro

Naturaförmånens art

Andel som skall läggas till lönen, euro per månad

Semesterrätt dagar / månad

Semesterpremiens storlek på årsnivå euro

Senast utbetald semesterpremie euro Betalningsdag

Semesterpremie har inte intjänats / betalats fr.o.m.

Arbetsgivarens uppgifter

Se punkt 4 i anvisningarna.

Arbetsgivarens namn

Utdelningsadress

FO-nummer

Kontaktpersonens namn

Telefonnummer

E-postadress

Person som fyllde i blanketten

Telefonnummer

E-postadress

Bankkonto, till vilket ersättning för lön som arbetsgivaren betalat för sjukdomstiden kan betalas.

Datum

Underskrift

Anvisningar för ifyllande

Ifall Ni har frågor som gäller ifyllandet av blanketten, var god kontakta den ersättningshandläggare som sköter ersättningsärendet.

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen utreder på basis av de uppgifter som givits på denna blankett om arbetstagaren har orsakats extra inkomstförlust p.g.a. den arbetsförmåga som läkemedelsskadan orsakat. Läkemedelsskadeförsäkringspoolen utreder även om arbetsgivaren har betalat lön för den arbetsförmögenhetstid som hänför sig till läkemedelsskadan.

Inkomstförlustens belopp bestäms oftast genom att jämföra den förvärvsinkomst som arbetstagaren hade fått utan läkemedelsskada med den förvärvsinkomst som han/hon har fått trots läkemedelsskadan. För att utreda vilken förtjänstnivå arbetstagaren hade haft utan läkemedelsskada frågas i blanketten om uppgifter som anknyter till varaktigheten och arten av arbets- eller tjänsteförhållandet samt dess avlöning. Dessutom behövs uppgifter om den lön som betalats för den arbetsförmögenhetstid som läkemedelsskadan orsakat.

1. Arbets- eller tjänsteförhållande

Uppge arbets- eller tjänsteförhållandets begynnelse- och upphörandedag, dag för upphörande ifall förhållandet upphört samt arbetstagarens yrke eller uppgifternas art. Använd termer som beskriver arbetets konkreta innehåll (t.ex. timmerman, löneräknare), inte titlar eller lärograd (t.ex. industriarbetare, merkonom). Meddela även om arbets- eller tjänsteförhållandet gäller tillsvidare eller om det är tidsbundet samt vilken dag det tidsbundna arbets- eller tjänsteförhållandet skulle ha upphört utan läkemedelsskada.

2. Lön, naturaförmåner, semesterpremie och förskottsinnehållning

Uppge den lön som betalats till arbetstagaren under ett års tid före arbetsförmågan. Lönen som uppges skall innefatta lön för regelbunden arbetstid, naturaförmåner och övertidsersättningar.

Meddela dessa uppgifter för ett års tid innan arbetstagaren blev arbetsförmögen till sitt arbete.

Denna tidpunkt är inte nödvändigtvis den samma som begynnelse- och upphörandedagen för den arbetsförmåga som orsakats av läkemedelsskadan utan den kan även vara av tidigare datum.

Meddela under punkten Tilläggsuppgifter oavlönad frånvaro och andra avvikande faktorer som har inverkat på lönen storlek samt löneförhöjningarna under den ovan avsedda tidsperioden på ett år.

Ange den grund för lörens bestämmande (timlön, månadslön el.dyl.) som avtalats med arbetstagaren och den avtalade lörens storlek för den tid under vilken läkemedelsskadan orsakat arbetsoförmåga. Uppge för denna tid även arten och värdet av eventuell naturaförmån per månad och ge uppgifter om semesterrätt och semesterpremie.

Ge uppgifter på förskottsinnehållningen under innevarande år, såvida dessa uppgifter är tillgängliga. Läkemedelsskadeförsäkringspoolen kan i vissa situationer på basis av dessa uppgifter bestämma den förskottsinnehållning som skall verkställas på ersättningen för förlust av inkomst.

3. Avlöning under tiden för den arbetsoförmåga som läkemedelsskadan orsakat

Ifall arbetsoförmögenhetstiden som läkemedelsskadan orsakat är i blanketten färdigt ifylld får denna inte ändras utan uppgifterna skall ges för denna tid. Eftersom endast sådan inkomstförlust som läkemedelsskadan orsakat ersätts, skall dessa uppgifter uppges endast för den tid arbetstagaren skulle ha varit arbetsför utan läkemedelsskada, inte för hela arbetsoförmögenhetstiden. Meddela under punkten Tilläggsuppgifter ifall denna tidsperiod innehåller semester. Uppge även storleken på eventuell förlust av semesterpremie som uppkommit under denna tid. Ifall arbetstagaren har på grund av sin arbetsoförmåga förlorat kvälls-, veckosluts- eller andra tillägg, anmäl beloppet, eller det uppskattade beloppet, av förlorade tilläggen.

- a. Uppge för vilken tid arbetstagaren har betalats lön och givits naturaförmåner till det belopp som skulle ha gällt om han/hon skulle ha varit i arbete. Uppge även den utbetalda lörens och naturaförmånernas storlek under denna tid. Utbetalad semesterlön och semesterpremie skall inte ingå i beloppet.
- b. Uppge för vilken tid arbetstagaren har betalats endast en del av den lön som hade betalats om han/hon hade varit i arbete samt storleken på den del som för denna tid betalats. Utbetalad semesterpremie skall inte ingå i beloppet. Ange även grunden för lörens bestämmande samt den uteblivna lörens belopp under ifrågavarande tid.
- c. Uppge fr.o.m. vilket datum arbetstagaren inte betalats lön eller givits naturaförmåner samt den uteblivna lörens och de uteblivna naturaförmånernas belopp.

4. Arbetsgivarens uppgifter

Uppge arbetsgivarens officiella namn, adress och FO-nummer samt den kontaktpersons namn och telefonnummer som svarar på förfrågningar. Uppge även kontonummer, till vilket eventuell ersättning för lön som arbetsgivaren betalat under arbetsförmögenhetstiden kan betalas.

Datera och underteckna blanketten.

Tilläggsuppgifter

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen
PB 3, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN
Tfn 040 450 4640
www.lvp.fi/sv