

ARBETSGIVARENS LÖNEANMÄLAN

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen

PB 3, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Telefon 040 450 4640, Fax 040 450 4694

www.lap.fi

Läkemedels
skade
Försäkrings
poolen

Blanketten ifylles och returneras först efter det att Läkemedelsskadeförsäkringspoolen ansett att läkemedelsskadan har orsakat arbetsförmåga. Anvisningar för ifyllande finns på sidan 2. Denna blankett fås även från Läkemedelsskadeförsäkringspoolens hemsida.

Läkemedelsskadeförsäkringspoolens anteckningar	Skadebeteckning _____ Inkommen _____
Arbetsstagare	Arbetsstagarens 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 <input type="checkbox"/> Arbets- eller tjänsteförhållande som gäller tills vidare <input type="checkbox"/> Tidsbundet arbets- eller tjänsteförhållande När var det avsett att det tidsbundna arbets- eller tjänsteförhållandet skulle upphöra? _____
Lön, naturaförmåner, semesterpremie och förskottsinnehållning (se punkt 2 i anvisningarna)	Lön som betalats under ett års tid före arbetsförmågan (uppgi 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 <input type="checkbox"/> Månadslön _____ euro per månad <input type="checkbox"/> Timlön _____ euro per timme <input type="checkbox"/> 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. _____ Procenten för förskottsinnehållning under innevarande år _____ Grundprocenten _____ % upp till _____ € / år Tilläggsprocenten _____ % på den överstigande delen
Avlöning under tiden för den arbetsförmåga som läkemedelsskadan orsakat (se punkt 3 i anvisningarna)	Arbetsförmåga som läkemedelsskadan orsakat (får inte ändras om antecknad i förväg) _____ Följande uppgifter skall uppges endast för den arbetsförmåganstid som läkemedelsskadan orsakat, inte för hela arbetsförmåganstiden. Uppge under punkten Tilläggsuppgifter om semester ingår i denna tidsperiod. a. Arbetsgivaren betalar eller har betalat lön för sjukdomstiden till fullt belopp (uppgi inte semesterlön eller -premie) _____ Sammanlagt _____ euro b. Arbetsgivaren betalar eller har betalat en del av lönen för sjukdomstiden / uppgi grunden för hur delönen bestäms? _____ Sammanlagt _____ euro Beloppet av den lön som uteblivit för denna tid _____ Sammanlagt _____ euro c. Lön som i sin helhet uteblivit eller löneförlust som orsakats _____ Sammanlagt _____ euro
Arbetsgivarens uppgifter (se punkt 4 i anvisningarna)	Arbetsgivarens namn, utdelningsadress och FO-nummer _____ Kontaktpersonens namn och telefonnummer _____ 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 arbetsoförmåga som läkemedelsskadan orsakat. Läkemedelsskadeförsäkringspoolen utreder även om arbetsgivaren har betalat lön för den arbetsoförmögenhetstid 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 arbetsoförmögenhetstid 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 arbetsoförmågan. Lönen som uppges skall innefatta lön för regelbunden arbetstid, naturaförmåner och övertidsersättningar. Meddela dessa uppgifter för ett års tid innan arbetstagaren blev arbetsoförmögen till sitt arbete. Denna tidpunkt är inte nödvändigtvis den samma som begynnelse- och upphörandedagen för den arbetsoförmåga 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 löns storlek samt löneförhöjningarna under den ovan avsedda tidsperioden på ett år.

Ange den grund för löns bestämmande (timlön, månadslön el.dyl.) som avtalats med arbetstagaren och den avtalade löns 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 semesterrett 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.

- 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 löns och naturaförmånernas storlek under denna tid. Utbetalda semesterlön och semesterpremie skall inte ingå i beloppet.
- 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. Utbetalda semesterpremie skall inte ingå i beloppet. Ange även grunden för löns bestämmande samt den uteblivna löns belopp under ifrågavarande tid.
- Uppge fr.o.m. vilket datum arbetstagaren inte betalats lön eller givits naturaförmåner samt den uteblivna löns 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.

Datera och underteckna blanketten.

Tilläggsuppgifter