



Blanketten ifylles och returneras först efter det att Finska Ömsesidiga Läkemedels-  
skadeförsäkringsbolaget ansett att läkemedelsskadan har orsakat arbetsförmåga.

Skadebeteckning

Inkomsten

### ARBETSTAGARE

Efternamn och förnamn

Personbeteckning

### ARBETS- ELLER TJÄNSTEFÖRHÅLLANDE

Yrke eller uppgift

Arbets- eller tjänsteförhållandets begynnelse

och eventuellt datum för dess upphörande

/ /

/ /

Arbets- eller tjänsteförhållande som gäller tills vidare

Tidsbundet arbets- eller tjänsteförhållande, som skulle upphöra (dag) / /

### LÖN, NATURAFÖRMÅNER, SEMESTERPREMIE OCH FÖRSKOTTSSINNEHÅLLNING

Lön som betalats under ett års tid före arbetsförmågan (uppgi inte semesterpremie eller annan engångsbetalning)

För tiden

/ /

-

/ /

Sammanlagt

euro

Uppgi oavlönad frånvaro och löneförhöjningar under denna tid

Grund för lörens bestämmande och lörens belopp

Månadslön

euro / månad

Timlön

euro / h

Annan grund, vilken?

euro

Naturaförmånens art

Andel som skall läggas till lönen, euro / månad

Semesterrätt

Semesterpremiens storlek på årsnivå

Senast utbetald semesterpremie

Betalningsdag

dagar / månad

euro

euro

/ /

Semesyerpremie har inte intjänats / betalats

Procenten för förskottsinnehållning under innevarande år

fr.o.m.

/ /

Grundprocenten

% up till

€ /år

Tilläggsprocenten

%

### AVLÖNING UNDER TIDEN FÖR DEN ARBETSFÖRMÅGA SOM LÄKEMEDELSSKADAN ORSAKAT

Arbetsförmåga som läkemedelsskadan orsakat (får inte ändras om antecknad i förväg)

/ /

-

/ /

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 dellönen 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

Arbetsgivarens namn

FO-nummer

Utdelningsadress

Postnummer och -anstalt

Kontaktpersonens efternamn och förnamn

Telefon dagtid (även rikstnummer)

Plats och datum

Elektronisk post

Arbetsgivarens underskrift

Namnförtydligande



## ANVISNINGAR FÖR IFYLLANDE

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

Finska Ömsesidiga Läkemedelsskadeförsäkringsbolaget 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. Finska Ömsesidiga Läkemedelsskadeförsäkringsbolaget utreder även om arbetsgivaren har betalat lön för den arbetsförmågenhetstid som hänför sig till läkemedelsskadan. Inkomstförlustens belopp bestäms oflast 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 arbetsförmågenhetstid som läkemedelsskadan orsakat.

### 1. Arbets- eller tjänsteförhållande

Uppge arbets- eller tjänsteförhållandets begynnelse- och upphörande dag, dag för upphörande ifall förhållandet upphört smat arbetstagarens yrke eller uppgifternas art. Använd termer som beskriver arbetets konkreta innehåll (t.ex. timmerman, löneräknare), inter titlar eller lärdomsgrad (t.ex. industriarbetare, merkonom). Meddela även om arbets- eller tjänsteförhållandet gäller tills vidare 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 arbetsförmågen. Lönen som uppges skall innefatta lön för regelbunden arbetstid, naturaförmåner och övertidsersättning. Meddela dessa uppgifter för års tid innan arbetstagaren blev arbetsförmågen till sitt arbete. Denna tidpunkt är inte nödvändigtvis den samma som begynnelse- och upphörandepunkterna för den arbetsförmåga som orsakats av läkemedelsskadan utan den kan även vara av tidigare datum. Meddela oavlnad 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 lönen bestämmande (timlön, månadslön el.dyl.) som avtalas med arbetstagaren och den avtalade lönen storlek för den tid under vilken läkemedelsskadan orsakat arbetsförmåga. Uppge för denna tid även arten och värdet av eventuell naturaförmån per månad och ge uppgifter om semesterpremie och semesterpremie.

Ge uppgifter på förskottsinnehållningen under innevarande år, såvida dessa uppgifter är tillgängliga. Ömsesidiga Läkemedelsskadeförsäkringsbolaget 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 arbetsförmåga som läkemedelsskadan orsakat

Ifall arbetsförmågenhetstiden som läkemedelsskadan orsakat är i blanketten färdigt ifyll 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 arbetsförmågen utan läkemedelsskada, inte för hela arbetsförmågenhetstiden. Meddela ifall denna tidsperiod innehåller semester. Uppge även storleken på eventuell förlust av semesterpremie som uppkommit under denna tid.

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 lönen och naturaförmånernas storlek under denna tid. Utbetalda 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 smat stroleken på den dellön som för denna tid betalats. Utbetalda semesterpremie skall inte ingå i beloppet. Änge även grunden för lönen bestämmande samt den uteblivna lönen belopp under ifrågavarande tid.

c) Uppge fr.o.m. vilket datum arbetstagaren inte betalats lön eller givits naturaförmåner samt sen uteblivna lönen 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.