

Med denna blankett ansöker den LFÖPL-försäkrade om dagpenning för självrisktiden enligt sjukförsäkringslagen (SjälvriskL 118/1991).

Sökande	Efternamn och alla förnamn		Personbeteckning
	Utdelningsadress		Telefonnummer
	Postnummer	Postanstalt	Beslutet önskas <input type="checkbox"/> på svenska <input type="checkbox"/> på finska
Betalnings- adress	IBAN-kontonummer		Bankens BIC-kod
Övriga ersättningar	Ansöker Ni om eller får Ni utgående från denna arbetsförmåga dagpenning eller annan ersättning för inkomstbortfall enligt någon annan lag (t.ex. trafikförsäkrings-, olycksfallsförsäkrings- eller OFLA-lagen)?		
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ämnar ansöka <input type="checkbox"/> Har ansökt <input type="checkbox"/> Får, fr.o.m _____ / _____ 20 _____		
	Enligt vilken lag?		Ersättningen betalas av
Tilläggs- uppgifter	(Är det fråga om ett olycksfall, ge en utredning över de förhållanden under vilka olycksfallet inträffade.)		
	<p>Utöver uppgifterna i denna ansökan kan även andra sådana uppgifter hos LPA som är av betydelse för avgörandet av Ert dagpenningens ärendes användas vid behandlingen av ärendet. Uppgifter kan skaffas också av försäkringsanstalter, läkare och vårdinrättningar samt andra av vilka LPA enligt lag har rätt att få uppgifter. De uppgifter om Er som erhållits vid behandlingen kan lämnas ut till myndigheter, försäkringsanstalter och andra som utan hinder av sekretessbestämmelserna har rätt att få dessa uppgifter. Uppgifterna kan användas också senare vid behandlingen av ärenden vid LPA.</p>		
	Underskrift		
	Jag försäkrar att de uppgifter jag gett i denna ansökan är riktiga.		
	Ort och datum		Underskrift

Bifoga läkarintyg

LPA-ombuds- mannen ifyller	Läkaren konstaterat arbetsförmågan	Arbetsförmågan började	Arbetsförmågan upphörde
	_____ / _____ 20 _____	_____ / _____ 20 _____	_____ / _____ 20 _____
	<input type="checkbox"/> Ny sjukdom	<input type="checkbox"/> Registrerad	Ombudsmannens nummer _____
	<input type="checkbox"/> Fortsatt dagpenning	<input type="checkbox"/> Skickad till LPA	Mottagningsdatum _____ / _____ 20 _____

Lantbruksföretagarnas pensionsanstalt