

Ansökan om LPA-sjukdagpenning

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

Obs! Bifoga läkarintyget till ansökan.

Uppgifter om den sökande

Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning
Utdelningsadress	Telefonnummer
Postnummer och postanstalt	Beslutet önskas på svenska på finska

Betalningsadress

Kontonummer (om utländskt konto, ange också bankens BIC-kod)

Övriga ersättningar

Söker du eller får du även annan dagpenning eller ersättning för inkomstbortfall på grund av samma arbetsoförmåga (t.ex. enligt trafik- eller olycksfallsförsäkringslagen eller OFLAL-lagen)?

Nej	Jag söker	Jag har sökt	Jag får, från och med vilket datum?
Enligt vilken lag?			Ersättningen betalas av

Har du varit arbetsoförmögen på grund av samma sjukdom under de trettio dagar som föregick denna sjukperiod?

Nej	Ja
-----	----

Övriga upplysningar

Jag har läst dataskyddsbeskrivningen i vilken det anges hur mina personuppgifter behandlas hos LPA. lpa.fi/formaner-gdpr

Underskrift

Datum	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga. Sökandens underskrift och namnförtydligande
-------	--

Utöver uppgifterna i denna ansökan kan andra uppgifter som finns hos LPA och som är av betydelse för avgörandet av dagpenningsärendet användas vid dess behandling. Uppgifter kan även skaffas från försäkringsanstalter, läkare och vårdinrättningar samt andra som LPA enligt lag har rätt att få uppgifter av. De uppgifter som erhållits vid behandlingen kan lämnas ut till myndigheter, försäkringsanstalter och andra som trots sekretessbestämmelserna har rätt att få dessa uppgifter. Uppgifterna kan användas också senare vid behandlingen av ärenden vid LPA.