

Försäkringstagarens namn och adress

LAGSTADGAD OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING NUMMER	Försäkringen är
Plats där arbetet utförs	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad
Företagets branch och kod (kontrollera på www.ytj.fi/svenska)	<input type="checkbox"/> Fortlöpande

UTBETALDA ARBETSLÖNER

Period	LÖNER OCH TIMMAR			
	Åldersgrupp 17–64 år *)		Under 17 år, 65 år fyllda *) både FöPL- och LFöPL-försäkrade	
Yrkes- och arbetstagargrupper enligt arbetets art (t.ex. kontorsarbete, chaufförer, byggarbete)	Bruttolöner	Arbetstimmar	Bruttolöner	Arbetstimmar
LÖNER FÖR FRÄMMADE ARBETSKRAFT TOTALT (inkluderar inte löner för delägare/bolagsmän eller familjemedlemmar som bor i samma hushåll med dessa)				

*) Åldern påverkar innehållning av arbetslöshetsförsäkringspremien.

ARBETSINKOMST AV BOLAGSMÄN I ÖPPET BOLAG, KOMMANDITBOLAG ELLER KONCERN

Bolagsmannens namn (efternamn först)	Personbeteckning/ FO-nummer	Avtalat bestämman- derätt %	Andel av företaget %	Antal arbets- dagar	Utfört arbete	FöPL-arbetsinkomst under försäkringsperiod
Tysta bolagsmannens namn		_____	_____			Lön under försäkringsperiod
Bolagsmännens släktskapsförhållanden (t.ex. maka/make, sambo, barn) samt boende i samma hushåll						

LÖNER FÖR DELÄGARE I AKTIEBOLAG

Delägarens namn	Personbeteckning/ FO-nummer	Antal aktier, %	Antal arbetsdagar	Utfört arbete		Lön eller FöPL-arbetsinkomst under försäkringsperiod
				Styrelsemedlem Ledande ställning		
Delägarnas släktskapsförhållanden (t.ex. maka/make, sambo, barn) samt boende i samma hushåll						

151.011R
0909

DELÄGARNAS/BOLAGSMÄNNENS NÄRA ANHÖRIGA SOM ARBETAR I FÖRETAGET

(bor i samma hushåll med delägare eller bolagsman)

Familjemedlemmens namn	Personbeteckning	Vems familjemedlem, släktskap?		
Utfört arbete	Arbetsdagar under försäkringsperiod	Ställning i företaget		Lön jämte naturaförmåner (anmäls inte på framsida)
		<input type="checkbox"/> verkställande direktör <input type="checkbox"/> vice verkställande direktör	<input type="checkbox"/> ledande ställning <input type="checkbox"/> styrelsemedlem	

Här anmäls löner för de familjemedlemmar som deltagit i arbetet.

Familjemedlemmar som bor i samma hushåll omfattas inte av olycksfallsförsäkringen.

BESVARAS AV PRIVAT ARBETSGIVARE

Familjemedlemmens namn	Antal arbetsdagar	Utfört arbete	Lön, euro	Släktskap	
					<input type="checkbox"/> bor i samma hushåll <input type="checkbox"/> i annat hushåll
					<input type="checkbox"/> bor i samma hushåll <input type="checkbox"/> i annat hushåll
					<input type="checkbox"/> bor i samma hushåll <input type="checkbox"/> i annat hushåll
					<input type="checkbox"/> bor i samma hushåll <input type="checkbox"/> i annat hushåll

STUDERANDE OCH ELEVER I SKOLOR OCH PÅ KURSER

Yrkeskolor och -kurser	Antal studeranden och elever	Totalt antal skol-/kursdagar = (elev x skoldag)		
Arbetskraftspolitiska vuxenutbildningskurser Vid behov kan förteckningen kompletteras med bilaga.				
Specifikation av kurser (i vilken bransch, för vilket yrke)	Antal kursdeltagare	Teoridagar totalt *)	Praktikdagar totalt *)	

*) = antal kursdeltagare x antal kursdagar

TILLÄGGSUPPGIFTER

UTREDNING OM BYGGARBETEN

Vad har byggts eller utbyggt	Den nya byggnadens volym
	m ³
Arbeten utförda av specialfirmor	

UPPHÖRANDE AV TIDSBEGRÄNSAD FÖRSÄKRING

Datum när arbetet slutförts	Arbetet pågår, uppskattat datum för slutförande	Används det arbetskraft som fortfarande ska försäkras? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Uppskattad lön för återstående arbete
-----------------------------	---	--	---------------------------------------

UPPSÄGNING AV FORTLÖPANDE FÖRSÄKRING

Försäkringen sägs upp fr.o.m. _____ / _____ 20____
Jag säger upp min giltiga lagstadgade olycksfallsförsäkring eftersom arbetet/företaget som försäkringen täcker upphör. I mitt arbete använder jag inte heller personer som enligt lagen ska försäkras. I företaget arbetar inte heller delägare som omfattas av försäkringstvång. Eventuella tilläggsuppgifter har jag antecknat under "Tilläggsuppgifter".
Om denna försäkring innebär en frivillig arbetstidsförsäkring för namngivna personer, vill jag att även den upphör. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

UNDERSKRIFT

Ort och datum	Underskrift
Kontonummer	
Person som kan ge ytterligare information om denna löneanmälan	Försäkringstagarens telefonnummer
Namn och telefon	

Tapiola maksaa
postimaksun

Tapiola betalar
portot

Keskinäinen Vakuutusyhtiö Tapiola

Lakisääteinen tapaturmavakuutus

Tunnus 5017783

00006 VASTAUSLÄHETYS