

Kollektivavtalsstiftelsen för förlust av behörighet

Ansökan om ersättning vid behörighetsförlust för fartygs- och maskinbefäl

Ifylls av den anställda

Efternamn och förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid (även riktnr)
Postnr och ortnamn	Yrke
Datum då behörighetsförlust inträffade (år, mån, dag)	
Underskrift Härmed intygas att lämnade uppgifter är riktiga. Samtidigt medger jag att Försäkringskassan eller försäkringsinrättningar samt läkare-/sjukvårdsinrättningar som jag anlitat eller kommer att anlita, får lämna Kollektivavtalsstiftelsen för förlust av behörighet (stiftelsen) utdrag ur sjukjournaler eller de uppgifter som behövs för bedömning av ersättningsfrågan. Jag förbinder mig att även anmäla till stiftelsen när jag har rätt till lön, sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension eller lagstadgad pension. Samtidigt medger jag att arbetsgivare och Transportstyrelsen får lämna stiftelsen uppgifter som behövs för bedömning av ersättning. Datum Underskrift	

Ifylls av arbetsgivaren

Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress/Box	Telefon dagtid (även riktnr)
Postnr och ortnamn	Kontaktperson
Den anställdes anställningstid fr o m – t o m, datum	Sista datum den anställda får lön eller sjuklön
..... Datum Underskrift	

Bifoga följande:

- Läkarutlåtande eller beslut från Transportstyrelsen om förlust av behörighet.
- Intyg från Försäkringskassan som visar att ersättning inte erhålls därifrån.

Skicka ansökan till nedanstående

**Kollektivavtalsstiftelsen
för förlust av behörighet**

Postadress
c/o Sjöfartens Arbetsgivareförbund
Box 404
401 26 Göteborg

Telefon
031- 62 94 00