

## Ansökan om ersättning vid behörighetsförlust för sjöbefäl

### Ifylls av den anställda

Efternamn och förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid (även riktnr)
Postnr och ortnamn	Yrke
Datum då behörighetsförlust inträffade (år, mån, dag)	
<b>Underskrift</b>	
<p>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.</p> <p>Jag förbinder mig att även anmäla till stiftelsen när jag har rätt till lön, sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, lagstadgad pension eller ersättning från A-kassa. Samtidigt medger jag att arbetsgivare och Transportstyrelsen får lämna stiftelsen uppgifter som behövs för bedömning av ersättning.</p>	
Datum	Underskrift

### Ifylls av arbetsgivaren

Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid (även riktnr)
Postnr och ortnamn	Kontaktperson
Den anställdes anställningstid fr o m t o m datum	Sista datum den anställde f å r lön eller sjuklön
Datum	Underskrift

**OBS!** Bifoga alltid läkarutlåtande eller beslut från Transportstyrelsen om förlust av behörighet

Skicka Din ansökan till Sjöbefälsföreningen eller Almega Tjänsteföretagen bransch skärgårdstrafik.