



Retneringsadress

Arbetsgivarens namn och adress (måste ifyllas)

Ömsesidiga Pensionsförsäkringsbolaget  
Ilmarinen  
Rehabiliteringsärenden  
Porkalagatan 1  
00018 ILMARINEN

Vi behöver uppgifterna för behandlingen av rehabiliteringsärendet. Vänligen besvara frågorna i blanketten. Den förman som bäst känner till den sökandes arbete och möjligheter att klara sina arbetsuppgifter bör delta när blanketten fylls i. Blanketten kan sändas också med fax nr 010 284 2290.

<b>1</b> <b>SÖKANDE</b>	Efternamn och förnamn (måste ifyllas)	Personbeteckning (måste ifyllas)	
<b>2</b> <b>TID I ARBETE</b>	Hur länge har sökanden arbetat för er med sina nuvarande uppgifter?		
<b>3</b> <b>ARBETSUPPGIFTER OCH ARBETSFÖRHÅLLANDEN</b>	a) Arbetet har varit		
	<input type="checkbox"/> dagarbete	<input type="checkbox"/> timavlönat	<input type="checkbox"/> heltidsarbete
	<input type="checkbox"/> skiftarbete	<input type="checkbox"/> prestationsavlönat	<input type="checkbox"/> deltidarbete, arbetstiden per dag timmar
b) Redogör för arbetsuppgifterna. Beskriv arbetsförhållandena.			
c) Har den sökandes arbetsuppgifter ändrats på grund av sjukdom? Om de har ändrats, när hur och har ändringen inverkat på den sökandes lön?			



