

Dokument	Dokumentnr.
Försäkran om sjukdom med nedsatt arbetsförmåga	BOA-036-A



Försäkran om sjukdom

Dag 1-14

Anvisningar till försäkran om sjukdom med nedsatt arbetsförmåga under sjuklöneperioden (dag 1-14) samt VAB

Allmänt

Vid sjukdom ska arbetstagaren anmäla sjukfrånvaro samt lämna arbetsgivaren en skriftlig försäkran om att han/hon varit sjuk och i vilken omfattning som hans/hennes arbetsförmåga varit nedsatt på grund av sjukdomen. Försäkran behöver inte innehålla närmare uppgift om sjukdomen. Arbetsgivaren är inte skyldig att betala ut sjuklön innan arbetstagaren har lämnat försäkran.

Anvisningar

1. Här sätter du kryss om du har en sjukdom som gör att du inte kan eller ska vara på arbetsplatsen. Exempel kan vara magsjuka, influensa och sjukdomar som medför risk för smittspridning. Hit kan också vissa psykiska sjukdomar hänföras liksom sjukdomar/skador som medför kraftig värk eller som kräver vila för att läka. Här sätter du även ett kryss i rutan för VAB om du är frånvarande på grund av vård av barn.
2. Här sätter du kryss om du har en sjukdom eller skada som inte följer beskrivningen i punkt 1. Hit räknas sjukdomar eller skador som innebär att du kan och har möjlighet att vara på arbetsplatsen. Din förmåga att arbeta trots sjukdom eller skada kan bero på vilka arbetsuppgifter du har och om arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda dig andra arbetsuppgifter som du kan klara under din sjukdomstid. I stället för sjuklön/sjukpenning kan du i vissa fall få ersättning för resor till och från arbetet.
3. Här fyller du i om arbetsgivaren erbjudit dig andra arbetsuppgifter som du klarar att genomföra under din sjukdomsperiod, på det sätt som redovisas i punkt 2 ovan.
4. Här fyller du i hur mycket du kunnat arbeta med dina ordinarie och andra erbjudna arbetsuppgifter som arbetsgivaren ställt till förfogande under din sjukdomsperiod.
5. Här redovisar du sjukfrånvarons omfattning under de första fjorton dagarna. Fyll i periodens datum och omfattningen av frånvaron i totalt antal timmar eller genom att skriva procent av arbetstiden under sjukperioden. Om du fortfarande är sjuk när blanketten lämnas in till arbetsgivaren ska du kryssa i rutan "fortfarande sjuk" i stället för att fylla i till och med-datumet.
6. Från och med den åttonde kalenderdagen ska nedsättningen av arbetsförmåga alltid styrkas med intyg från läkare. Intyget ska överlämnas till din arbetsgivare enligt bolagets rutiner. Din arbetsgivare kan begära att du ska ge in läkarintyg från ett tidigare datum.
7. Plats för eventuella kompletterande upplysningar.

Glöm inte att underteckna försäkran innan du lämnar den till arbetsgivaren.

Tänk på att arbetsgivaren enligt 9 § sjuklönelagen inte är skyldig att utbetala sjuklön innan försäkran lämnats in.

Dokument	Dokumentnr.
Försäkran om sjukdom med nedsatt arbetsförmåga	BOA-036-A

Dina uppgifter

Namn	Personnr (ååmmdd-xxxx)
Adress	

Min arbetsförmåga är/har varit nedsatt på grund av:

1	☐	Sjukdom som innebär att jag inte ska/kan vara på arbetsplatsen, eller ☐ VAB Om du kryssat i denna ruta går du sedan vidare till punkt 5 nedan.
2	☐	Sjukdom eller skada som innebär att jag helt eller delvis kan och har möjlighet att vara på arbetsplatsen.
3	Efter samråd har arbetsgivaren erbjudit mig andra arbetsuppgifter under sjukdomsperioden. ☐ Ja. ☐ Nej. Om nej, gå vidare till punkt 5.	
4	Jag kan/kunde utföra ordinarie eller andra arbetsuppgifter, som arbetsgivaren ställer/ställde till förfogande under _____ timmar/dag eller _____ % (25, 50, 75 eller 100 %)/dag	
5	På grund av sjukdom är/var min arbetsförmåga nedsatt så att jag är/var förhindrad att helt eller delvis utföra arbete enligt nedan: Från och med den _____ datum Till och med den _____ datum eller ☐ fortfarande sjuk Frånvarons omfattning (dag 1-14), redovisas i frånvarotimmar eller procent av arbetstiden under perioden: _____ timmar/dag eller _____ % (25, 50, 75 eller 100 %)/dag. Jag beräknar att vara helt arbetsför den _____ datum, eller ☐ vet ej.	
6	☐	Jag har besökt läkare, läkarintyg bifogas.
7	Övriga upplysningar:	

Att ovanstående uppgifter är korrekta intygas härmed.

Ort _____ Datum _____

Den anställdes underskrift