

Kundservice 060-18 76 57
www.spv.se

Skicka blanketten till:
Statens tjänstepensionsverk, SPV
Enhet Övriga avtal
851 90 Sundsvall

1. Arbetsgivarens uppgifter

Företagets namn	Avtalsnummer
Kontaktperson	Telefonnummer (även riktnummer)

2. Personuppgifter för den som anmälan gäller

Förnamn och efternamn	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
Ändring från datum (ååååmmdd)	

3. Ändring av anställningsuppgifter

Välj den ruta som gäller för ändringen

<input type="checkbox"/> Rätten till ålderspension enligt övergångsregler upphör	
<input type="checkbox"/> Sjukanmälan fyll i nummer 6 på nästa sida	<input type="checkbox"/> Friskanmälan

4. Avanmälan för den anställda

Välj den ruta som gäller för ändringen

<input type="checkbox"/> Ålderspension förtida uttag	<input type="checkbox"/> Anställningen upphör på grund av arbetsbrist. Bifoga uppsägningsbeslut för anställda som fyllt 55 år.
<input type="checkbox"/> Ålderspension enligt övergångsregler	<input type="checkbox"/> Avgång efter 62 års ålder, på egen begäran och i pensioneringssyfte.
<input type="checkbox"/> Tjänstledig orsak till tjänstledigheten	<input type="checkbox"/> Hel sjukersättning (sjukpension) enligt övergångsregler
<input type="checkbox"/> Anställningen upphör av annan anledning	<input type="checkbox"/> Dödsfall Bifoga dödsfallsintyg med släktutredning från Skatteverket

5. Arbetsgivarens underskrift

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	

SPV är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som sker inom vår verksamhet. Läs mer på spv.se.

6. Sjukanmälan

a) Fyll i samtliga sjukperioder och bifoga kopior av läkarintyg

från och med (ååmmdd) – till och med (ååmmdd)	Antal dagar	Grad av arbetsoförmåga
från och med (ååmmdd) – till och med (ååmmdd)	Antal dagar	Grad av arbetsoförmåga
från och med (ååmmdd) – till och med (ååmmdd)	Antal dagar	Grad av arbetsoförmåga
från och med (ååmmdd) – till och med (ååmmdd)	Antal dagar	Grad av arbetsoförmåga

b) Rehabiliteringsersättning bifoga kopior av försäkringskassans samtliga beslut

Har rehabiliteringsersättning betalats ut?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja, fyll i perioderna och bifoga kopior av försäkringskassans samtliga beslut om rehabilitering	
från och med (ååmmdd) – till och med (ååmmdd)	från och med (ååmmdd) – till och med (ååmmdd)
från och med (ååmmdd) – till och med (ååmmdd)	från och med (ååmmdd) – till och med (ååmmdd)

c) Aktivitetsersättning/sjukersättning enligt lagen om allmän försäkring (AFL). Bifoga försäkringskassans beslut

Har den försäkrade aktivitetsersättning eller sjukersättning?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja bifoga kopia av försäkringskassans beslut
Löneavdrag motsvarar omfattningen av aktivitetsersättning eller sjukersättning från och med (ååmmdd)

Glöm inte underskriften på blankettens första sida!