

Insändes till

Statens tjänstepensionsverk

851 90 Sundsvall

SPV vill ha din ansökan tidigast tre och senast två månader innan du upphör att stå till arbetsmarknadens förfogande.

Sökandens efternamn och förnamn		Personnummer
Utdelningsadress, postnummer och ort		Telefonnummer
Clearingnummer	Kontonummer	Bank
Pensionsersättningen grundad på anställning hos (arbetsgivare)		
Datum då jag upphör att stå till arbetsmarknadens förfogande. Samtidigt upphör ersättning att utbetalas från nedan angiven arbetslöshetskassa.		Datum
A-kassa	Adress	
Jag har haft annan anställning efter den anställning som ansökan avser	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om du svarat ja på frågan ovan fyll även i nedanstående		
Arbetsgivare	Adress	
Anställningstid	Tjänstebenämning	

.....
Datum

Sökandens underskrift