

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	Bolagskod	Avtalsnummer
Kontaktperson	Telefonnummer (även riktnummer)	

2. Personuppgifter för den som anmälan gäller

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

3. Ändring av anställningsuppgifter

Välj den ruta som gäller för ändringen

<input type="checkbox"/> Fast lön per månad	kronor per månad	<input type="checkbox"/> Naturaförmåner per månad	kronor per månad
<input type="checkbox"/> Anställningens omfattning	procent		
<input type="checkbox"/> Sjukanmälan fyll i nummer 6 på nästa sida	<input type="checkbox"/> Frisknämäl		

4. Avnämäl för den anställda

Välj den ruta som gäller för ändringen

<input type="checkbox"/> Ålderspension enligt övergångsregler	<input type="checkbox"/> Den anställda avgår efter 62 års ålder *
<input type="checkbox"/> Förtida pension	<input type="checkbox"/> Anställningen upphör
<input type="checkbox"/> Förstärkt ålderspension enligt ÖB	<input type="checkbox"/> Dödsfall <i>Bifoga dödsfallsintyg med släktutredning från Skatteverket</i>
<input type="checkbox"/> Delpension	procent

* Den anställda avgår efter 62 års ålder, på egen begäran och i pensioneringssyfte. Observera att vid förtida uttag av ålderspension ska arbetstagaren skicka in blankett SPV0100.

5. Arbetsgivarens underskrift

Datum	Namnsteckning
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)

7. Övriga uppgifter

Här lämnar du uppgifter om t.ex. kostnadsställe vid ålderspension enligt övergångsbestämmelser eller den pensionsålder som gäller vid avgång före 65 år.

Glöm inte underskriften på blankettens första sida!