

SJUKANMÄLAN

Arbetsgivarens namn och adress

SPK-nummer	Personnummer	Namn	Telefon
Postadress (ej obligatorisk uppgift)			

Insjuknadedag	Månadslön kr	Tillägg kr/mån	Förmån kr/mån	Arbetstid i %	Lönen gäller fr o m
----------------------	--------------	----------------	---------------	---------------	---------------------

Under den senaste tolv månadersperioden före ovanstående insjuknadedag har arbetsförmåga dessutom förelegat enligt nedan.

Sjuk fr o m	Sjuk t o m	Antal dagar
-------------	------------	-------------

Sjuk fr o m	Sjuk t o m	Antal dagar
-------------	------------	-------------

Sjuk fr o m	Sjuk t o m	Antal dagar
-------------	------------	-------------

Sjuk fr o m	Sjuk t o m	Antal dagar
-------------	------------	-------------

Om den anställde beviljas aktivitetsersättning, sjukersättning eller arbetsskadelivränta skall en kopia på beslutet skickas in till SPK. För deltidsanställda behövs även uppgift om vilken arbetstid som gäller efter det att aktivitets- alt sjukersättning beviljats.

Arbetsgivarens underskrift	Datum	Telefon
Namnförtydligande		

MEDDELANDE TILL ARBETSGIVAREN

Sjukpensionen utbetalas av SPK.

Vi önskar kopior på sjukintyg fr o m _____ för att kunna betala ut/fortsätta att betala ut sjukpension.

Sjukpension fr o m	Belopp per månad vid hel sjukpenning
Datum	SPK:s handläggare