

Skicka blanketten till
 SPK
 Box 54
 101 21 Stockholm

SPK-nummer

Personuppgifter

Den försäkrades namn	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Anmärkningar	

Pensionsdatum (åååå-mm-dd)

- Hel förtida avgång enligt §8 i pensionsavtalet, fyll i A nedan.
- Partiell förtida avgång enligt §8 i pensionsavtalet, fyll i A och B nedan.

A Villkor vid avgång

Månadslön kr *	Tillägg kr/mån *	Förmån kr/mån *	Arbetstid i %	Lönen gäller fr o m (åååå-mm-dd)
----------------	------------------	-----------------	---------------	----------------------------------

B Villkor efter partiell avgång

Månadslön kr *	Tillägg kr/mån	Förmån kr/mån	Arbetstid i %	Lönen gäller fr o m (åååå-mm-dd)
----------------	----------------	---------------	---------------	----------------------------------

* Ev ändring av månadslön/tillägg/förmån med verkan före pensionsdatum skall utan dröjsmål anmälas till SPK.

Arbetsgivarens underskrift

Ort och datum	Namnteckning
Telefonnummer (inkl riktnr)	
E-postadress	Namnförtydligande

ID kod
SPKTAAD4