

Skicka blanketten till
 SPK
 Box 54
 101 21 Stockholm

SPK-nummer

Personuppgifter

Namn				Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
Utdelningsadress (ej obligatorisk uppgift)		Postnummer och ort (ej obligatorisk uppgift)		Telefonnummer (ej obligatorisk uppgift)
Månadslön kr	Tillägg kr/mån	Förmån kr/mån	Arbetstid i %	Lönen gäller fr o m (åååå-mm-dd)
Anmärkningar				

Alternativ pensionslösning

Datum fr o m (åååå-mm-dd)	I normalfallet gäller den alternativa pensionslösningen tidigast fr o m den månad blanketten inkommer till SPK. Retroaktiv anmälan kan godkännas om alternativ pensionslösning gällde också hos den förra arbetsgivaren om anmälan inkommer till SPK inom 6 månader.
Ange hos vilken försäkringsgivare den frilagda premien ska placeras	
<input type="checkbox"/>	I Swedbank försäkring. Ange försäkringsnummer <u>8612-4</u>
<input type="checkbox"/>	I annat bolag. Namnge försäkringsbolag

Arbetsgivarens underskrift

Ort och datum (åååå-mm-dd)	Underskrift
Telefonnummer eller e-postadress	Namnförtydligande

SPK likställer ett pappersoriginal med en elektronisk kopia som är undertecknad av berörda parter. SPK förbehåller sig rätten att begära in originalhandling i förekommande fall även om en elektronisk kopia har inkommit.

Handlingen kan mailas krypterat till spk@spk.se eller skickas med post.

ID kod

SPKTCAA6