

Arbetsgivarens namn och adress

SPK-nummer

### Personuppgifter

Den försäkrades namn	Personnummer (åååmmdd-nnnn)
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-postadress	Telefonnummer

### Ny sjukperiod

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

Sjuklön t o m (åååå-mm-dd)

### Tidigare sjukperioder

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

Sjuk fr o m (åååå-mm-dd)	Sjuk t o m (åååå-mm-dd)	Antal dagar	Sjuk fr o m (åååå-mm-dd)	Sjuk t o m (åååå-mm-dd)	Antal dagar
Sjuk fr o m (åååå-mm-dd)	Sjuk t o m (åååå-mm-dd)	Antal dagar	Sjuk fr o m (åååå-mm-dd)	Sjuk t o m (åååå-mm-dd)	Antal dagar

Om den anställda 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- eller sjukersättning beviljats.

### Arbetsgivarens underskrift

Ort och datum	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](mailto:spk@spk.se) eller skickas med post.

### Meddelande till arbetsgivaren

Sjukpensionen utbetalas av SPK.

Vi önskar kopior på sjukintyg fr o m (åååå-mm-dd) ..... för att kunna betala ut/fortsätta att betala ut sjukpenning.

Sjukpension fr o m	Belopp per månad vid hel sjukpenning
--------------------	--------------------------------------

### SPKs noteringar

Datum (åååå-mm-dd)	Signatur	ID kod
		SPKTBAAS