





Du kan fylla i blanketten också på nätet
www.fpa.fi/etjanst-arbetsgivare
Närmare information www.fpa.fi/flyttning



Om du har frågor kan du ringa vår telefontjänst
www.fpa.fi/kontakta-oss-arbetsgivare



Fyll i blanketten noggrant.
Om vi behöver ytterligare uppgifter tar vi kontakt.
Du kan skicka blanketten till adressen:
Folkpensionsanstalten
Centret för internationella ärenden
PB 78
FI-00381 Helsingfors
FINLAND

-  Den här punkten fylls i av arbetsgivaren när en arbetstagare åker utomlands på arbetskommendering.
-  Om arbetstagaren åker på arbetskommendering till ett EU-eller EES-land eller till Schweiz eller till ett land med vilket Finland ingått avtal om social trygghet ansöker arbetsgivaren hos Pensionsskyddscentralen om att den utsända ska omfattas av den finländska sociala tryggheten (närmare information www.etk.fi).

1. Uppgifter om arbetstagaren

Personbeteckning _____ Efternamn och förnamn _____

2. Uppgifter om arbetskommenderingen

Land där arbetet utförs _____

Arbetsperiod _____

Är arbetstagaren arbetspensionsförsäkrad i Finland under arbetskommenderingen?

Ja. Arbetspensionsanstaltens namn _____

Nej

3. Uppgifter om arbetsgivaren

Kontaktinformation i Finland

Arbetsgivarens namn _____

FO-nummer _____ Telefonnummer _____

Näradress _____

Postnummer _____ Postanstalt _____

Kontaktinformation utomlands

Arbetsgivarens namn _____

Adress _____

Telefonnummer _____

Arbetsgivaren är

- den utsändande arbetsgivaren
 ett finländskt företag som anställt arbetstagaren utomlands

Arbetsgivaren utomlands är den utsändande arbetsgivarens

- moder-, dotter- eller systerbolag
 ett annat företag. Förhållande till den utsändande arbetsgivaren:

4. Kontaktperson

 Fyll här i uppgifterna om en person som kan lämna ytterligare uppgifter om arbetskommenderingen.

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress

5. Uppgifter om den befullmäktigade

FO-nummer

Företagets namn

Postadress

Den befullmäktigades namn och telefonnummer

6. Ytterligare information

7. Underskrift

 Anmälan ska undertecknas av arbetsgivaren eller av den som arbetsgivaren befullmäktigat.

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

Datum

Underskrift