|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Wimi FK19539es\_013\_W

Förflytta dig mellan fälten i mallen genom att trycka **F11**.

Utbetalning av

Beslut

Försäkringskassan beslutar att inte betala ut din X från och med .

Beskrivning av ärendet

Du får X från Försäkringskassan. Eftersom du inte bor i Sverige måste du bevisa att du fortfarande har rätt till ersättningen. Det gör du genom att skicka in ett levnadsintyg.

Motivering till beslutet

Utbetalningen upphör därför att du inte har skickat in ett fullständigt levnadsintyg.

Ett levnadsintyg ska lämnas på den fastställda blanketten och det ska intygas av någon av nedanstående myndigheter:

* Försäkringskassan
* En svensk ambassad
* Ett svenskt konsulat
* Notarius publicus
* En utländsk socialförsäkringsinstitution
* En utländsk polismyndighet
* En utländsk registerförande befolkningsmyndighet.

Bestämmelser som beslutet grundas på

Det här beslutet är grundat på följande bestämmelser:

* 110 kap. 15 § socialförsäkringsbalken
* Försäkringskassans föreskrifter (2006:2) om levnadsintyg.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I:\Bom\Wimi CBLA\AA Arbetsmapp-Konstruktör\Eva\Ikoner 2015-08-31\Utropstecken-90.png | Är du inte nöjd med beslutet?  Läs på nästa sida om vad du kan göra. |  |

Försäkringskassan

Jessica Selander

Är du inte nöjd med beslutet?

Om du tycker att det här beslutet är fel kan du begära att Försäkringskassan omprövar det. I så fall ska du skicka ett brev till Försäkringskassan.

|  |  |
| --- | --- |
| I:\Bom\Wimi CBLA\AA Arbetsmapp-Konstruktör\Eva\Ikoner 2015-08-31\Brev-90.png | Brevet måste komma in inom två månader från den dag du tagit del av beslutet. Det ska innehålla följande uppgifter:   * Vilket beslut som du vill ska omprövas. * Hur och varför du vill att beslutet ska ändras. * Ditt namn, personnummer, adress och telefonnummer. |

Om du anlitar ett ombud måste det finnas en fullmakt.

Begäran om omprövning skickas till Försäkringskassan, OMP – SA,  
, Sweden.

Har du frågor?

Du är välkommen att ringa till vårt kundcenter på +46 771-524 524 om du har frågor om ditt ärende.

Pago de la pensión u otra compensación

Decisión

Försäkringskassan *[la Agencia Sueca de Seguro Social]* ha decidido dejar de pagar su pensión u otra compensación a partir del .

Descripción del caso

Usted percibe una pensión u otra compensación de Försäkringskassan. Dado que usted reside fuera de Suecia, debe acreditar que todavía tiene derecho a esta compensación. Para ello, debe enviar una fe de vida.

Razonamiento

El pago se interrumpe debido a que usted no ha enviado una fe de vida completa.

La fe de vida debe enviarse en el formulario indicado y debe ser compulsada por una de las autoridades detalladas a continuación:

* Försäkringskassan
* Embajada sueca
* Consulado sueco
* Institución extranjera de seguro social
* Notario público
* Autoridad policial extranjera
* Autoridad extranjera responsable del empadronamiento

Reglamentos en los que se basa la decisión

Esta decisión está basada en los siguientes reglamentos:

* el capítulo 110, artículo 15, del Código de Seguro Social sueca
* las disposiciones de Försäkringskassan (2006:2) sobre la fe de vida.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I:\Bom\Wimi CBLA\AA Arbetsmapp-Konstruktör\Eva\Ikoner 2015-08-31\Utropstecken-90.png | ¿No está conforme con la resolución?  Lea en la página siguiente lo que puede hacer al respecto. |  |

Försäkringskassan

Jessica Selander

¿No está conforme con la resolución?

Puede solicitar que Försäkringskassan reconsidere esta resolución. Si desea que se reconsidere la resolución, deberá enviar una carta a Försäkringskassan.

|  |  |
| --- | --- |
| I:\Bom\Wimi CBLA\AA Arbetsmapp-Konstruktör\Eva\Ikoner 2015-08-31\Brev-90.png | Försäkringskassan deberá recibir la carta en un plazo de dos meses, contados a partir de la fecha en que usted haya recibido la resolución. La carta debe contener la siguiente información:   * Qué resolución se debe considerar. * Cómo y por qué desea que se modifique la resolución. * Su nombre, número personal, dirección y número de teléfono. |

Si actúa a través de un representante, deberá adjuntar un poder.

Una solicitud de reconsideración debe enviarse a Försäkringskassan, OMP – SA,  
, Suecia.

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre su asunto, puede llamar a nuestro Servicio de atención al cliente, tel. +46 771 524 524.