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

Wimi FK19539gr\_002\_W

Utbetalning av

Beslut

Försäkringskassan har beslutat att inte betala ut din från och med .

Beskrivning av ärendet

Du får 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.

Försäkringskassans motivering

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,  
103 51 Stockholm, Sweden.

Information

Det finns mer information om på forsakringskassan.se. Där kan du bland annat hämta faktablad och annan information.

Har du frågor?

Du är välkommen att ringa till vårt kundcenter på 0771-524 524 om du har frågor om ditt ärende.

Καταβολή

Απόφαση

Η Försäkringskassan *[Το Σουηδικό Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων]* αποφάσισε να μην σας καταβάλει από την .

Περιγραφή της υπόθεσης

Εισπράττετε από την Försäkringskassan. Επειδή δεν κατοικείτε στη Σουηδία πρέπει να αποδεικνύετε ότι εξακολουθείτε να έχετε δικαίωμα σ’ αυτήν την παροχή. Αυτό το κάνετε στέλνοντας ένα πιστοποιητικό ζωής.

Αιτιολόγηση της απόφασης

Η καταβολή της παροχής αναστέλλεται διότι δεν στείλατε ένα πλήρες πιστοποιητικό ζωής.

Ένα πιστοποιητικό ζωής πρέπει να συντάσσεται στο ειδικό έντυπο και να έχει εκδοθεί από κάποια από τις παρακάτω υπηρεσίες:

* την Försäkringskassan
* μια σουηδική πρεσβεία
* ένα σουηδικό προξενείο
* συμβολαιογράφο
* ένα ξένο φορέα κοινωνικής ασφάλισης
* μια ξένη αστυνομική υπηρεσία
* μια ξένη υπηρεσία μητρώων πληθυσμού

Κανονισμοί στους οποίους βασίζεται η απόφαση

Η παρούσα απόφαση βασίζεται στους εξής κανονισμούς:

* κεφάλαιο 110 άρθρο 15 του Κώδικα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
* κανονισμοί της Försäkringskassan (2006:2) για το πιστοποιητικό ζωής.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I:\Bom\Wimi CBLA\AA Arbetsmapp-Konstruktör\Eva\Ikoner 2015-08-31\Utropstecken-90.png | Δεν είστε ικανοποιημένος με την απόφαση;  Διαβάστε στην επόμενη σελίδα τί μπορείτε να κάνετε. |  |

Försäkringskassan

Jessica Selander

Δεν είστε ικανοποιημένος με την απόφαση;

Αν θεωρείτε ότι η παρούσα απόφαση είναι εσφαλμένη, μπορείτε να ζητήσετε από την Försäkringskassan να την επανεξετάσει. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να γράψετε μια επιστολή στην Försäkringskassan.

|  |  |
| --- | --- |
| I:\Bom\Wimi CBLA\AA Arbetsmapp-Konstruktör\Eva\Ikoner 2015-08-31\Brev-90.png | Η επιστολή αυτή πρέπει να έχει φθάσει μέσα σε δύο μήνες από την ημέρα που λάβατε την απόφαση, και να περιέχει τα εξής στοιχεία:   * Την απόφαση της οποίας την επανεξέταση ζητάτε. * Την τροποποίηση που επιθυμείτε και τους λόγους που έχετε για την τροποποίηση της απόφασης. * Το ονοματεπώνυμό σας, τον ατομικό σας αριθμό, τη διεύθυνσή σας και τον αριθμό τηλεφώνου σας. |

Αν έχετε κάποιον που να σας εκπροσωπεί, πρέπει να υπάρχει πληρεξούσιο έγγραφο.

Η αίτηση επανεξέτασης πρέπει να σταλεί στην Försäkringskassan, OMP – SA,  
103 51 Stockholm, Σουηδία.

Πληροφορίες

Περισσότερες πληροφορίες για μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα forsakringskassan.se. Εκεί μπορείτε, μεταξύ άλλων, να κατεβάσετε ενημερωτικά φυλλάδια και άλλο πληροφοριακό υλικό.

Έχετε απορίες;

Αν έχετε απορίες σχετικά με την υπόθεσή σας, μπορείτε να τηλεφωνήσετε στο Κέντρο Εξυπηρέτησης Πελατών (Kundcenter), αριθμός +46 771-524 524.