

Vi anmäler oss för tecknande av försäkringsavtal enligt skyldighet som följer av träffade kollektivavtal till följande försäkringar för våra anställda (kryssa i alternativ nedan):

**Tjänstegrupplivförsäkring (TGL-KL)** enligt försäkringsvillkor i KPA Livförsäkring AB med

kollektivavtal gällande från och med: .....

Ange ert kollektivavtal: .....  
 Allmänna bestämmelser (AB), KFS eller Fastigo är exempel på kollektivavtal.

Har arbetsgivaren tecknat kollektivavtal för viss arbetstagarkategori som omfattas av tjänstegrupplivförsäkring i annat försäkringsbolag?

Nej    Ja, ange arbetstagarkategori och försäkringsbolag:

**Familjeskydd AKAP-KL** enligt försäkringsvillkor i KPA Pensionsförsäkring AB med

kollektivavtal gällande från och med: .....

Arbetsgivarens namn		Organisationsnummer	
Adress	Postnummer	Ort	

Uppgifter i denna anmälan är lämnad av		Namn (textat)	
E-postadress	Telefon	Datum (åååå-mm-dd)	
Underskrift av behörig firmatecknare		Namnförtydligande	

**Denna anmälan sänds till:**

KPA Pension  
 TGL- och familjeskyddsenheten  
 106 85 Stockholm