



KPA
PENSION

Anmälan till KPA Pension om val av Alternativ KAP-KL

Skickas till:
KPA Pension AB
Box 783
851 22 SUNDSVALL

Arbetsgivare

Namn	Organisationsnummer
Adress	Postnummer och ort

Arbetstagare

Namn	Personnummer
------	--------------

Alternativ pensionslösning tecknas från och med

Försäkringsgivare

Ange år och månad	Namn på det bolag där premier för Alternativ KAP-KL placeras
-------------------	--

Månadspremie

Engångspremie

Kronor/månad	Kronor
--------------	--------

Arbetsgivarens underskrift

Nedanstående arbetsgivare anmäler härmed att vi för nedanstående anställd, med stöd av KAP-KL CLP punkt 1, träffat avtal om delvis annan pensionslösning.

Detta innebär att fortsatt intjänande av Förmånsbestämd ålderspension enligt KAP-KL inte ska ske i anställningen.

Ort och datum	Underskrift
.....	
Telefonnummer	Namnförtydligande

Arbetstagarens underskrift

Med denna underskrift bekräftar jag att jag är medveten om att den som omfattas av Alternativ pensionslösning inte kan återgå till traditionell KAP-KL i samma anställning

Ort och datum	Underskrift
.....	
Telefonnummer	Namnförtydligande

Förmedlad av

Kontaktperson för eventuella frågor	Telefonnummer	E-post
-------------------------------------	---------------	--------



Anvisning för Anmälan till KPA Pension om val av Alternativ KAP-KL

Alternativ pensionslösning tecknas från och med

Om Förmånsbestämd ålderspension enligt KAP-KL är försäkrad i KPA Pensionsförsäkring AB upphör det fortsatta intjänande av denna tidigast från och med andra månadsskiftet efter det att anmälan ankommit till KPA.

Månadspremie

Ange beloppet på den tidigare offererade månadspremien.

Engångspremie

I de fall retroaktiv tid inlöses i försäkringen ska en engångspremie inbetalas. Ange beloppet på den tidigare offererade engångspremien.