



Namn och adress:

.....  
.....  
.....

Personnummer:

						-				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Jag återkallar härmed mitt särskilda förmånstagarförordnande för tjänstegrupplivförsäkringen TGL-KL och vill att standardförordnande skall gälla.

.....

Datum

Namnunderskrift

KPAs noteringar

Registrerat och bekräftat:

--

**Skicka blanketten till: KPA Livförsäkring AB, 106 85 Stockholm**