

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 Tjänstepension 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: _____

Uppskattad årslönesumma för ett helt år, för alla anställda som ska omfattas av TGL-KL.

Årslönesumma, kronor

Familjeskydd AKAP-KL enligt försäkringsvillkor i KPA Pensionsförsäkring AB med kollektivavtal gällande från och med: _____

Uppskattad årslönesumma för ett helt år, för alla anställda som ska omfattas av familjeskydd AKAP-KL.

Årslönesumma, kronor

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 tillsammans med blankett Kundkännedom Juridisk person samt Vidimerad ID-handling för den som tecknar avtalet sänds till:

KPA Pension
Upphandling
106 85 Stockholm